

56
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Léon COLMAIRE

Né à Villers-Bretonneux (Somme) le 24 décembre 1874

DE LA PANNICULITE

EN

GYNÉCOLOGIE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

DELBET et LEPAGE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Léon COLMAIRE

Né à Villers-Bretonneux (Somme) le 24 décembre 1874

DE LA PANNICULITE

EN

GYNÉCOLOGIE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

DELBET et LEPAGE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
Pathologie chirurgicale		DEBOVE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		TERRIER
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée		N...
		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A TOUTE MA CHÈRE FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES ANCIENS MAITRES

De la Faculté libre de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

Le Professeur Delassus, en nous proposant comme sujet de thèse la question de la Panniculite, nous disait : « Le sujet est neuf, et la bibliographie française en sera courte. L'anatomo-pathologie est nulle ou à peu près. Les cas sont d'une fréquence qui étonne ; vous aurez donc à la décrire avec soin, à la différencier minutieusement des affections qui lui ressemblent. Mais, il me paraît que votre attention se devra surtout porter sur les rapports qu'elle peut avoir avec les autres maladies génitales d'une part, et les affections générales constitutionnelles d'autre part : arthritisme, etc.

Le traitement si simple et si efficace formera dans votre travail un chapitre pratique vraiment intéressant et utile.

Attachez-vous à remplir ce programme ; présentez le résultat de vos recherches à vos juges et aussi à vos confrères de demain, heureux si vous pouvez attirer leur attention sur un sujet, bien modeste d'allure, mais dont ils reconnaîtront vite le côté pratique »

Nous avons suivi la voie qui nous était indiquée et nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

1° *L'Historique*, qui nous montrera la faible part qu'a prise dans cette question la science française.

2° *L'Anatomie pathologique*, que nous devons faire par analogie, pour ainsi dire.

3° *La Symptomatologie*, dont le tableau a été tracé de main de maître par le Dr Stapfer et que confirment de tous points les observations qu'a faites le Pr Delassus.

4° Au chapitre *Etiologie*, la place qu'occupe cette affection dans le cadre pathologique, nous arrêtera un moment et nous permettra de chercher s'il s'agit d'une affection locale, ou si elle est la manifestation d'un état général.

5° *Le traitement*, enfin, formera la conclusion pratique de notre étude.

La vie active nous attend, nous savons ce qu'elle nous demande de sacrifice et d'abnégation ; nous ferons tous nos efforts pour ne pas faillir à ces grands devoirs du praticien.

Nos maîtres de la Faculté libre de Lille en nous initiant à l'art de la médecine, ont de plus contribué puissamment par leurs exemples de chaque jour à former notre éducation médicale. Nous avons contracté envers eux une agréable dette de reconnaissance.

Nous remercions de tout cœur MM. les Professeurs Duret, Desplats, Eustache, Faucon, Derville, nos maîtres dans les différentes cliniques chirurgi-

cales, médicales, des accouchements et des maladies cutanées.

M. le Professeur Delassus, chargé du Dispensaire de gynécologie, nous a inspiré le sujet de notre thèse ; il nous a fourni avec une grande complaisance, les divers renseignements qui nous étaient utiles pour ce travail ; nous lui en sommes tout spécialement reconnaissants.

M. le Professeur Pinard nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions respectueusement de vouloir bien agréer nos plus sincères remerciements.



CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de la panniculite se rattache à celle des cellulites pélviques. Son existence en tant qu'affection nettement définie et méritant d'attirer l'attention des gynécologues est de date récente, du moins en France.

Les Suédois les premiers eurent l'idée d'appliquer le traitement kinésique conçu par Ling, au traitement des maladies des femmes. Grâce à la délicatesse de palper que développait journellement chez eux le massage, ils furent amenés à constater ce fait, que parmi les femmes qui recevaient leurs soins, plusieurs d'entre elles, en dehors des troubles physiologiques et subjectifs déterminés par des lésions bien constatées de l'utérus ou des annexes, souffraient d'une façon toute particulière de la paroi abdominale. Ces troubles spéciaux étaient parfois très marqués, produisant des désordres que ne parvenaient pas expliquer les lésions utérines pour lesquelles on les

traitait. Connue des médecins gymnastes Suédois, et traitée par eux au moyen du massage et de certains exercices appropriés de gymnastique, elle resta longtemps inconnue hors de Suède.

On y rencontre de fréquentes allusions dans les divers travaux que publiaient les Suédois sur le massage gynécologique.

Vers 1880, le professeur Salin, connaissait la cellule sous-cutanée abdominale ; il s'attachait à en démontrer l'existence clinique à ses élèves et leur exposait son traitement par le massage.

En 1884, Thure Brandt exposant les divers exercices gymnastiques combinés au massage qu'il employait pour le traitement des maladies des femmes et quelques autres affections, en avait connaissance. Il semble y faire allusion lorsqu'il rapporte qu'il traita pour la première fois en 1871, par sa méthode, un exsudat chronique assez volumineux, survenu à la suite d'une péritonite puerpérale, ayant produit une induration de la paroi abdominale antérieure occupant l'hypogastre et la région inguinale droite.

Il fait également mention dans son livre de l'existence d'œdèmes durs, circonscrits, gros comme des noisettes, profondément situés dans la paroi antérieure de l'abdomen. Il fait remarquer que par le massage ces œdèmes disparaissent graduellement.

En 1861, le Dr Josephson, de Stocholm, dans son manuel de gynécologie, consacre un chapitre spécial à la cellulite sous-cutanée abdominale qu'il désigne sous le nom de panniculite. Il en expose

l'étiologie, le traitement, et en rapporte plusieurs observations intéressantes, inédites et deux, dues au professeur Salin.

La même année la Docteresse Viderström donnait dans la revue d'Hygiœa, un exposé clinique de la cellulite du bassin mou et exposait la façon de la traiter.

Elle était donc bien connue des Suédois qui la recherchaient et la traitaient couramment. Ce leur était une affection commune, presque banale. Josephson frappé de sa fréquence en Suède, en fait même une affection particulière à ses compatriotes, erreur qui s'explique facilement si l'on songe que nulle part ailleurs on ne songeait à son existence.

Le second traité de Thure Brandt, publié en 1888, à Berlin, en langue Allemande, répandit sa méthode. Les Allemands s'en occupèrent et l'appliquèrent chez eux d'une façon plus ou moins intégrale, la modifiant en certains points, la limitant à certaines manœuvres. Ils publièrent plusieurs travaux à ce sujet, n'y ajoutant rien de nouveau. Comme les Suédois, ils eurent occasion d'étudier cette affection et de la traiter.

En 1893 le Dr Vineberg de New York, publiait un mémoire sur le massage pelvien dans les cas gynécologiques ; application réduite du système de Braudt.

Jusque là les cellulites n'étaient considérées comme des maladies spéciales que par les Suédois, les Allemands et les Américains.

Aran, cependant, vers 1858, dans ses leçons cli-

niques avait soupçonné l'existence de la cellulite pelvienne, il en rapporte une observation (post-mortem). Il ne paraît pas avoir connu la cellulite de la paroi abdominale.

Ce ne fût qu'en 1891 que le D^r Stapfer fut chargé d'une mission spéciale en Suède pour y étudier la méthode de traitement de Thure Brandt.

En 1893, pour la première fois en France, il appela l'attention des praticiens sur la cellulite sous-cutanée abdominale, dans un mémoire publié par les *Annales de Gynécologie*, puis en 1894 dans une communication au congrès de Rome.

Il décrivit ce qu'il avait observé lors de son séjour en Suède, exposant minutieusement les signes cliniques de la cellulite ainsi que son traitement par le massage tel que le pratiquaient en Suède : Helleday, Thure Brandt, et les autres médecins gymnastes.

Valleix et Beau, cependant, en 1841 dans leur traité sur les névralgies et leurs notes sur les dermalgies, ont dû rencontrer plusieurs fois la cellulite qu'ils ont probablement englobée, comme n'étant qu'une même affection, dans les névralgies lombos-abdominales et iléo-lombaires dont ils donnaient les premiers la description clinique. Ils ne faisaient aucune distinction entre elle et ces névralgies.

Ce ne fût qu'à la suite des publications du Docteur Stapfer qu'elle fût réellement connue en France, comme étant une affection tout à fait spéciale.

Le Docteur Delassus, en pratiquant le massage gynécologique, eut occasion de la rencontrer fréquem-

ment. Dès 1897, il nous faisait à la Faculté Libre de Lille plusieurs leçons intéressantes sur cette affection nous exposant avec concision ce que les précédents travaux lui avaient suggéré et y ajoutant beaucoup de réflexions originales et nouvelles.

Dès lors, recherchée et étudiée elle nous apparaît comme une maladie très répandue, et donne la clef de troubles jusque-là restés sans explication satisfaisante, ou attribués par erreur à d'autres affections analogues, spécialement aux névralgies si fréquemment incriminées chez les femmes atteintes d'affections utérines.

Le Docteur Stapfer, conserva la dénomination de « cellulite » employée par les Suédois, qui a le désavantage d'éveiller l'idée d'une affection aiguë inflammatoire ; il nous semble préférable d'employer le mot : « Panniculite » usité par le Docteur Josephson, bien qu'il puisse lui aussi être passible du même reproche ; il nous paraît avoir l'avantage de mieux fixer l'idée, en désignant le siège le plus fréquent de cette affection : « le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale ou pannicule. »



2011. 11. 11.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Avant d'essayer de décrire les modifications que cette affection peut produire dans le tissu cellulo-adipeux, il nous a paru utile de rappeler en quelques pages l'anatomie normale du pannicule, en y joignant les réflexions que nous suggéreront son application au sujet que nous nous proposons de traiter.

I. — Anatomie du pannicule

Nous ferons successivement l'étude macroscopique de la paroi abdominale, nous étudierons ensuite la disposition du tissu cellulo-grasieux qui la double, et enfin nous dirons quelques mots des lames celluleuses aponévrotiques qui la séparent des muscles de la paroi abdominale. L'origine des vaisseaux

et des nerfs ; la façon dont ils se rendent à la peau, nous intéresseront également.

1° PEAU. — La peau qui recouvre l'abdomen n'est qu'une partie des téguments externes du corps humain avec lesquels elle se continue sans ligne de démarcation. Sa couleur, son système pileux, ses glandes ne présentent rien de particulier pouvant nous intéresser. Sa consistance n'est pas partout uniforme ; on rencontre sa plus grande épaisseur et son maximum de fermeté à la région lombaire. Cette épaisseur va en décroissant sur les côtés de l'abdomen, pour acquérir vers la partie antérieure le plus de souplesse et de finesse ; c'est à la région épigastrique que la peau possède le moins d'épaisseur, par comparaison avec les autres points.

La peau de l'abdomen est élastique, elle jouit d'une extensibilité assez grande que mettent à contribution : la grossesse chez la femme, les volumineuses tumeurs dont la cavité abdominale peut être le siège, les épanchements intra-péritonéaux, ascitiques ou autres, le développement rapide du tissu graisseux ; on peut dire que cette paroi est celle qui est le plus exposée à la distension. L'élasticité dont elle jouit, est cependant limitée.

Une distension trop grande, trop rapidement effectuée, produit des éraillures ; le derme tissu feutré, résistant, se laisse facilement moins distendre que l'épiderme et cède par endroits ; il se forme alors des lignes cicatricielles indélébiles qui constituent les vergetures. Elles indiquent par leur présence, que la

peau a subi à un moment donné une trop grande distension, sans pouvoir d'une façon absolue faire préjuger de la cause qui l'a produite.

Les sujets blonds, lymphatiques, aux tissus délicats, sont ceux dont la peau présente le plus facilement ces lésions.

Après avoir subi une grande distension, comme pendant la grossesse, la peau ne revient pas de suite sur elle-même, elle présente des rides, indiquant qu'elle est devenue trop lâche pour le contenu qu'elle protège.

Ces variations incessantes de tension auxquelles elle est exposée, surtout chez la femme, ne sont peut-être pas étrangères au développement de la panniculate qu'elles favoriseraient, par les perturbations que subit le courant sanguin et par les modifications apportées dans la nutrition.

2° TISSU CELLULO-GRAISSEUX SOUS CUTANÉ. — La peau est séparée de la couche musculaire superficielle, par une lame de tissu-cellulo-adipeux dont l'épaisseur peut varier dans de grandes limites suivant l'état d'embonpoint des individus.

Ce tissu est assez régulièrement disséminé dans la paroi de l'abdomen ; son épaisseur la plus considérable se rencontre au voisinage du pubis où il se continue avec celui du pénil, il est entremêlé de lames celluleuses formant en quelque sorte de petites alvéoles, dans lesquelles viennent s'agglomérer les vésicules graisseuses qui prennent à cet endroit une

forme ovulaire. On ne rencontre pas pareille disposition sur les parois latérales de l'abdomen.

Aux lombes et aux fesses, le tissu adipeux sous-cutané est parsemé de fibres denses qui forment des tractus et le rendent adhérent à la peau.

Sur la ligne médiane de la paroi antérieure de l'abdomen, les molécules adipeuses prennent une forme oblongue.

Ce tissu offre en certains points une épaisseur moindre, spécialement aux bords de la cicatrice ombilicale et au creux épigastrique. Il contracte des adhérences avec les couches aponévrotiques sous-jacentes ; au niveau de la ligne médiane en haut vers la région épigastrique ; sur les côtés au niveau des points de jonction des aponévroses, des muscles droits et obliques de l'abdomen ; on peut observer deux couches bien distinctes dans le tissu adipeux sous-cutané ; les chirurgiens ont souvent occasion de le remarquer au cours d'une opération abdominale. Cette division est surtout nette au niveau de la paroi antérieure et de ses faces latérales.

On a ainsi deux fascias : 1° Un fascia superficiel ;
2° Un fascia profond.

3° FASCIAS. — La peau est rattachée aux aponévroses musculaires sous-jacentes par une couche cellulo-fibreuse. Chez les sujets obèses, cette couche se laisse progressivement cliver par les granulations graisseuses qui s'y moulent de petites logettes ; et disparaît ainsi masquée par les éléments graisseux trop abondants.

On ne peut donc l'étudier que chez les sujets maigres. On peut le diviser en deux parties, l'une superficielle, l'autre profonde, qui diffèrent par le mode de répartition des lobes de graisse.

Le fascia superficiel, se continue sans ligne de démarcation avec celui de la cuisse et passe au devant de l'arcade crurale sans contracter avec elle d'adhérences.

Le fascia profond au contraire adhère intimement à cette arcade.

La graisse s'accumule de préférence dans le premier, dont la trame est plus lâche et adhère à la peau par sa face profonde.

Le second offre un aspect plus lamelleux ; il est moins riche en graisse, le tissu fibreux y étant plus abondant et se laissant moins facilement envahir. Ainsi au niveau du grand oblique on ne rencontre presque jamais de graisse. Il contracte des adhérences avec les aponévroses musculaires des muscles abdominaux.

Il a été bien étudié par Cooper et Cloquet, par Velpeau qui l'assimilait à la lame cellulo-fibreuse généralement répandue sous les téguments. On ne le retrouve avec ses caractères aponévrotiques bien marqués qu'au niveau de l'arcade fémorale.

Le fascia de la partie droite de l'abdomen ne se continue pas d'une façon distincte avec celui de la partie gauche. Arrivé au niveau de la ligne médiane, chacun d'eux semble s'attacher par sa partie profonde à l'aponévrose superficielle des muscles droits et par

sa partie superficielle à la face profonde du dermè.

Le système cellulaire sous-cutané de l'abdomen est en quelque sorte divisé en deux parties ; une partie droite et une partie gauche.

4° VAISSEAUX. — Les vaisseaux artériels proviennent à la partie supérieure de la mammaire interne, à la partie inférieure de l'épigastrique et de la sous-cutanée abdominale ; sur les parties latérales, ils proviennent des dernières intercostales, des lombaires et de la circonflexe iliaque.

Les veines profondes de la paroi accompagnent les artères, les veines superficielles sont très nombreuses, elles s'anastomosent avec les veines du thorax. Elles se dilatent facilement lorsque la circulation de la veine cave est gênée.

De ce fait, il existe un rapport intéressant entre les veines superficielles qui siègent dans le tissu cellulograisieux et les veines profondes de l'abdomen. La paroi abdominale est donc sujette à de nombreuses perturbations circulatoires, ce qui influe peut-être sur la fréquence plus grande avec laquelle se développe la panniculite en cette région, surtout chez la femme.

Les vaisseaux lymphatiques sous-ombilicaux de la paroi abdominale, vont se jeter dans les ganglions inguinaux ; ceux de la partie sus-ombilicale aux ganglions axillaires. Les lymphatiques profonds accompagnent les vaisseaux sanguins et se rendent aux ganglions inguinaux et lombaires. Les variations circulatoires les modifient et dilatent leur calibre, ils jouent

alors aussi leur rôle dans la production des œdèmes.

5° NERFS. — L'innervation provient des cinq dernières paires intercostales et du plexus lombaire par les deux branches abdomino-génitales. Les nerfs se rendent aux muscles et à la paroi qu'ils abordent de deux façons.

Les uns se détachent des intercostaux à mi-chemin de la longueur de l'espace intercostal qu'ils ont traversé de dedans en dehors et se dirigent alors d'arrière en avant entre les fibres du grand oblique et les téguments auxquels ils se destinent.

Les autres, continuent à suivre l'espace intercostal et pénètrent ensuite entre les muscles : petit oblique et transverse. Ils gagnent ainsi la face postérieure du muscle droit et le traversent d'arrière en avant et de haut en bas ; ils sont en quelque façon espacés dans leur trajet abdominal comme ils l'étaient lors de leur origine intercostale.

L'innervation de la partie postéro-inférieure de l'abdomen (environs de la crête iliaque et du ligament de Fallope) provient des rameaux fournis par les premières paires lombaires et les 2 branches abdomino-génitales.

Le mode de distribution des nerfs et leurs points d'émergence nous serviront lorsque nous comparerons la panniculite aux névralgies lombo-abdominales.

Nous verrons que dans celle-ci, le point d'émergence des nerfs influe peu sur la douleur, tandis qu'il

est prépondérant dans les névralgies qui siègent surtout dans le trajet des nerfs abdomino-génitaux.

Ces points sont d'après Valleix :

1° Les points postérieurs, en dehors des vertèbres lombaires :

2° Les points iliaques vers le milieu de la crête illiaque ;

3° Le point abdominal, à la partie inférieure du muscle droit ;

4° Le point inguinal, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ;

5° Le point scrotal situé dans les grandes lèvres chez la femme.

Ces points correspondent à l'émergence des filets nerveux, ce sont les seuls qui nous intéressent, au point de vue où nous nous plaçons.

Au-dessous du pannicule se trouvent les muscles et leurs aponévroses nous ne les décrirons pas ici.

II. — Anatomie pathologique.

L'étude de la panniculite au point de vue de l'anatomie pathologique, est encore fort peu avancée. A vrai dire, nous n'en savons guère plus que les Suédois, au moment où par le massage, ils découvraient cette affection et s'appliquaient à la traiter. Comme eux nous en sommes réduits à des suppositions ; les raisons en sont faciles à saisir. Cette mala-

die est d'un pronostic fort bénin au point de vue de la vie de l'individu qui en est atteint. On ne meurt pas de panniculite, comme on meurt de pneumonie ; d'une affection cardiaque. C'est une affection fort ennuyeuse, mais parfaitement compatible avec la vie. De plus, bien traitée, elle disparaît sans laisser de traces, dans la plupart des cas. Ces raisons expliquent que ceux qui la recherchent et la traitent n'ont que rarement occasion de l'observer après la mort.

Cette affection étant souvent méconnue pendant la vie, lorsque le malade meurt d'une maladie intercurrente on ne pense pas à la rechercher à l'autopsie.

Elle est habituellement caractérisée par un signe essentiellement subjectif : la douleur, qui disparaît avec l'individu ; d'un autre côté, elle dépend vraisemblablement d'un trouble circulatoire qui produit l'œdème. Après la mort, la circulation cessant, les œdèmes s'altèrent rapidement et peuvent disparaître ou se localiser aux endroits déclivés ; d'autre part les grains douloureux, durs lorsqu'ils existent, peuvent se dissocier, se ramollir, de sorte que dans la plupart des cas, les signes matériels se réduisent à néant.

Il n'y aurait guère que l'examen biopsique qui pût donner des renseignements, on pourrait par exemple, examiner un lobe de pannicule malade enlevé au cours d'une laparotomie ; nous n'avons pas eu occasion de le pouvoir faire, et il n'est pas certain du reste, que cet examen soit positif dans tous les cas.

La panniculite est donc une affection avant tout

vitale ; ses lésions sont fugaces et la mort les fait rapidement disparaître.

Il n'existe guère qu'un examen anatomique de cellulite, encore est-il fort ancien ; M. Stapfer le cite dans son traité, il est dû à Aran : « On trouve, dit cet auteur, fort souvent, dans l'anneau celluleux qui embrasse le col de l'utérus, plus rarement dans les ligaments larges, des épaisissements et indurations, qui peuvent après la mort perdre de leur consistance, au point qu'il est difficile de les découvrir. Ce sont des infiltrations de lymphe plastique ou de sérosité, déposée dans les mailles, ou de simples indurations avec noyaux fibro-plastiques ».

Cette analyse peut par analogie faire présumer celle de la panniculite, qui n'est en somme, qu'une variété de cellulite localisée plus spécialement dans la paroi de l'abdomen.

Elle se caractérise cliniquement par un œdème chronique, douloureux, non inflammatoire, ayant une évolution torpide, tendant à la sclérose. Il est permis de lui supposer des analogies avec les œdèmes, au point de vue des modifications qu'elle peut occasionner dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous ferons donc son anatomie par comparaison avec celle des œdèmes, en essayant d'expliquer ses diverses modifications.

Les lésions produites dans le tissu cellulaire par l'hydropisie prolongée, ne diffèrent pas de celles des œdèmes cutanés primitifs, d'origine neuro-paralytique.

Renaut, qui les a étudiées dans sa thèse, a observé les lésions suivantes : à la coupe, on remarque un épaissement de la peau ; le liquide infiltrant écarte les uns des autres les faisceaux conjonctifs du derme. Les vaisseaux sanguins sont dilatés, gorgés de sang, plus apparents que normalement, entourés de globules blancs ; les lymphatiques sont beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal et sont également augmentés de diamètre.

Ce sont là les effets produits par l'œdème aigu, pareille chose se passe sans doute au début de la panniculite, lorsque les lésions ne sont pas invétérées ; elle débiterait par un œdème banal.

Mais à la longue, l'œdème produit un épaissement du derme et du pannicule, il devient plus dur. Ceci est dû à la dilatation des lymphatiques, puis à la présence dans le derme d'un plus grand nombre de globules blancs qui s'arrêtent autour des vaisseaux, et d'îlots embryonnaires perdus en divers points. Dans les parties profondes de la peau, on trouve une véritable prolifération du tissu conjonctif et le retour à l'état embryonnaire des cellules adipeuses. C'est là le second stade, probablement celui qui correspond aux lésions de la panniculite chronique, celle que l'on observe le plus communément.

Cette affection étant un œdème douloureux, on peut comme dans les cas de ce genre expliquer la douleur soit par la compression que subissent les filets nerveux soit par une modification encore inconnue des nerfs, due à un trouble de leur nutrition.

A quelles causes pouvons-nous rattacher l'œdème que l'on rencontre dans la panniculite ?

Est-ce un œdème dû à un trouble de la circulation capillaire, à un trouble vaso-moteur persistant ?

On peut admettre cette opinion surtout dans les cas où la panniculite se généralise à tout le tissu cellulaire sous-cutané.

Est-ce un œdème collatéral, par gêne circulatoire ?

Cette cause peut favoriser l'apparition de cette affection qui, comme nous le verrons plus loin, est très fréquente à l'abdomen. Les inflammations pelviennes fréquentes chez la femme, les tumeurs volumineuses, la grossesse, les règles qui modifient beaucoup la circulation de cette région, peuvent ne pas être étrangères à cette prédilection.

Est-ce un œdème lymphatique, comme on en rencontre dans les maladies du système nerveux, dans les névralgies ?

Il se peut que cette cause influe pour sa part, mais souvent elle ne produit pas des œdèmes chroniques comme celui de la panniculite, elle n'agirait donc pas seule.

Est-ce un œdème rhumatismal ?

On peut observer, d'après Davaine, une hydrophegasie du tissu cellulaire, caractérisée par un œdème dur et douloureux à la pression, sans modification notable de la coloration de la peau ; mais, l'œdème de la panniculite n'est pas toujours induré ;

de plus les œdèmes rhumatismaux apparaissent rapidement et disparaissent de même ce que l'on n'observe que rarement dans l'affection que nous étudions. Il n'est cependant pas impossible que dans certains cas la diathèse arthritique n'ait quelque influence sur la production de l'œdème panniculaire.

Il serait plutôt analogue à ces œdèmes « a frigore » que l'on ne peut rapporter à une diathèse, d'étiologie obscure ; œdème réflexe dû à un trouble vaso-moteur capillaire.

L'élément névralgique expliquerait la douleur et l'élément circulatoire, l'œdème, avec ses variétés (mollesse, dureté, granulation).

La topographie du tissu cellulaire sous-cutané, rendrait compte de sa plus grande fréquence, là où ce tissu est plus abondant, et où il est en connexion plus intime avec l'émergence des filets nerveux.

La panniculite serait le plus souvent un œdème local, entretenu et aggravé par la persistance de la cause qui l'a produit, et tendrait à la longue comme tous les œdèmes à se scléroser.



CHAPITRE III

Symptomatologie

En décrivant la panniculite, M. Stapfer la définit ainsi : « Un œdème, tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe. »

Nous ne pouvons mieux faire que de conserver cette définition générale, qui a le mérite de pouvoir s'appliquer à tous les cas ; nous avons pu du reste, dans les cas typiques que nous avons eu occasion d'observer au Dispensaire de M. le Professeur Delassus, nous convaincre de son exactitude.

Nous étudierons :

1° SA FRÉQUENCE. — Les observations publiées jusqu'ici ne permettent pas d'établir une statistique rigoureuse, pouvant en donner une idée mathématique. Cependant, d'après les nombreux cas que le Dr Delassus a occasion d'observer dans sa pratique journalière de la gynécologie, nous pouvons conclure

à son extrême fréquence. L'impression qui reste, est qu'on la rencontre à des degrés divers, environ une fois sur cinq femmes qui viennent se faire soigner pour des affections utérines ou annexielles.

2° AGE. — Elle nous paraît être une affection de l'âge adulte. On la rencontre avec sa fréquence maxima de 20 à 35 ans. C'est aussi l'époque où l'activité des organes génitaux est la plus grande, et où l'on a, par-là même, occasion de rencontrer plus souvent les affections utérines.

3° ANTÉCÉDENTS. — On ne trouve parfois dans les antécédents morbides des malades, aucune diathèse à laquelle on puisse essayer de la rattacher. Parfois on rencontre des manifestations arthritiques; rhumatisme ou goutte; etc... Il nous a paru beaucoup plus fréquent de rencontrer des lésions de l'utérus ou des annexes paraissant avoir une certaine relation avec son apparition et son développement.

4° SIÈGE. — Cette affection siège dans le tissu cellulo-adipeux: Partout où ce tissu existe, on peut la rencontrer. On l'observe avec plus de fréquence :

a) *A l'abdomen.* — Principalement chez les femmes qui ont un pannicule fort abondant; par contre, elle se développe rarement chez les femmes maigres, ou chez celles dont la paroi abdominale est peu épaisse,

b) *A la région fessière et à la face interne des cuisses,* dans les cas où l'affection existe avec une certaine profusion.

c) Elle peut se localiser également *au thorax*, dont elle occupe de préférence la partie antérieure et les faces latérales.

d) Elle peut aussi siéger *aux bras*.

e) Enfin, on l'a vue, dans certains cas, affecter *le cuir chevelu*.

L'observation suivante nous fera voir quelle peut envahir des régions variées et fort étendues.

OBSERVATION I (Inédite) (D^r Delassus)
(Résumée).

M^{me} J. . . est la première malade sur laquelle je fis l'application du traitement par le massage. Je la soignais depuis six mois pour des accidents classiques de périméto-salpingite. Je succédais à plusieurs autres médecins et comme eux, j'avais épuisé les ressources ordinaires de la thérapeutique gynécologique. Elle avait subi une dilatation utérine, avait refusé un curettage, gardait depuis de longs mois la chaise longue. Les injections chaudes, l'hydrastis, les modificateurs intra-utérins, rien n'y faisait. Elle était positivement quasi infirme, pouvait, à grand peine et au prix de vives douleurs, faire quelques centaines de mètres dans la rue.

L'ovaire et la trompe gauches étaient surtout douloureux, et tous les troubles remontaient à son unique accouchement, c'est-à-dire à deux ans.

Après avoir lu le traité de Stapfer, je fus chez elle et l'examinai à nouveau. Voici ce que je constatais :

Je fais à la peau de l'abdomen un gros pli, la malade

pousse un cri de douleur. Toute la surface de l'abdomen est ainsi douloureuse, mais surtout autour de la région ombilicale. On sent entre les doigts le tissu cellulaire épaissi, dur, comme granulé, il a perdu toute souplesse.

Mais ce qui domine, c'est la douleur qu'arrache la pression dans un pli.

En explorant plus à fond, je constate encore que cette douleur n'est pas limitée à l'abdomen, mais qu'elle existe aussi sur les cuisses, les fesses, les reins. Partout le tissu cellulaire a une consistance élastique.

Partout le pinçon est douloureux, non pas de cette douleur banale, mais d'une douleur spéciale que la malade distingue fort bien de l'autre.

Je m'explique ainsi l'aspect qu'a cette malade qui semble épaisse, comme bouffie. Elle a vraiment une sorte d'infiltration de tout son système cellulaire.

Passant alors à l'exploration interne, je constate que les parois pelviennes sont elles aussi très douloureuses à la pression, que le rectum est d'une sensibilité extrême quand on le comprime par le vagin, et tout cela en dehors des troubles des ovaires.

C'était donc un cas bien net de cellulite sous-cutanée et pelvienne.

Ne donnant cette observation qu'au point de vue de la panniculite, objet de cette thèse, je passe sous silence ce qui a trait au reste du tableau symptomatique.

J'appliquai à ce cas la méthode recommandée par Stapher. Le massage fut pratiqué régulièrement pendant trois mois.

La peau de l'abdomen fut massée, pétrie, frictionnée, et en quelques semaines, la sensibilité avait disparu. Tout le

corps fût d'ailleurs soumis au massage et la malade en retira un très grand soulagement.

Le résultat de cette thérapeutique fut en somme le suivant : M^{me} J..., qui ne bougeait plus, en est arrivée à marcher presque facilement, elle n'est plus une infirme. Si elle souffre encore au moment de ses règles, au moins elle peut vaquer à ses occupations, qui exigent la station debout prolongée. Sa paroi abdominale est indolore.

Elle se sent assez bien du reste pour ne venir me voir que rarement depuis plus d'un an.

Remarque. — (Dans cette observation inédite et celles qui suivent choisies d'ailleurs dans un grand nombre, comme types, nous ne publions que la partie qui a trait à la panniculite, le reste étant résumé pour donner une idée générale des cas que nous citons).

On le voit, cette affection peut occuper des sièges variés et multiples. Elle peut même, au dire de Josephson, occuper tout le corps, ne laissant indemnes que le corps et les mains.

Nous l'étudierons spécialement à l'abdomen, qui est de beaucoup sa localisation la plus fréquente, celle que l'on observe le plus souvent dans la pratique.

A la paroi abdominale, comme ailleurs, elle se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les nombreuses mailles cellulo-fibreuses que ce tissu renferme. Elle siège dans la couche superficielle que nous avons décrite plus haut, en faisant l'anatomie de cette région. On peut le démontrer ainsi, dans les cas où cette affection existe avec

une moyenne intensité : si l'on saisit *la peau seule* entre les doigts, on ne trouve pas de modifications de consistance et de sensibilité ; tandis qu'en saisissant en même temps le tissu cellulo-grasieux qui la double, on perçoit l'œdème avec ses diverses modalités et aussi la douleur. Le tout se déplace et se mobilise facilement avec la peau sur le plan profond.

La panniculite peut siéger dans les muscles. On l'observe alors le plus fréquemment dans les *grands droits* de l'abdomen.

L'affection paraît siéger dans le tissu grasieux qui sépare les fibrilles musculaires. Une partie de ces muscles peut seule être prise ; c'est le plus souvent la partie supérieure qui correspond à l'épigastre ; au voisinage de leurs insertions fibreuses aux articulations chondro-sternales.

Elle peut occuper également le plancher pelvien (constricteur du vagin, transverse du périnée, sphincter anal, releveur de l'anus, etc...)

D'après ce que nous avons pu remarquer avec M. le Professeur Delassus, elle est beaucoup plus accentuée du côté malade que du côté sain. Y a-t-il là simple coïncidence, ou existe-t-il une relation entre cette localisation et l'état des organes profonds du bassin ? C'est ce que nous chercherons à établir en traitant son étiologie.

A la paroi abdominale qui nous intéresse plus spécialement, elle peut occuper deux plans bien distincts.

I. — Le plan superficiel

Il comprend tout le pannicule adipeux de l'abdomen. Elle peut l'occuper dans sa totalité dans les cas graves, où le plus généralement dans les formes légères n'en occuper qu'une partie. Elle a une prédilection marquée pour la région ombilicale où on devra commencer par la rechercher ; le plus souvent elle s'étend au-dessous de l'ombilic, parfois sur les côtés.

On peut en observer des trainées à la région fessière. Elle semble être plus fréquente aux endroits où la face profonde de la peau est en connexion plus intime avec le tissu aponévrotique des muscles sous-jacents. Ces points sont l'épigastre, et sur les côtés de l'abdomen, les points de jonction des aponévroses des muscles droits et obliques de l'abdomen ; le voisinage de l'arcade de Fallope. Là le fascia superficialis contracte des adhérences plus grandes avec le fascia profond, les vésicules graisseuses contenues dans leurs mailles prennent une forme ovalaire et paraissent s'orienter dans une certaine direction ; il est permis de penser que s'il est vrai de considérer cette lésion comme une variété d'œdème chronique, ces parties se laissent moins facilement distendre ; les petites logettes occupées par la graisse subissant moins l'extension qu'aux autres endroits. Leur tension augmentant plus ou moins suivant le degré de l'affection deviendrait douloureuse, peut-être en comprimant entre-elles les filets nerveux qui innervent le panni-

cule. C'est du reste au niveau de ces endroits que les nerfs émergent de la face profonde pour se rendre à la peau à laquelle elles distribuent la sensibilité.

Ce n'est pas une affection nécessairement symétrique, elle peut être unilatérale ; bilatérale, avec prédominance plus marquée pour un côté que pour l'autre ; elle peut aussi se limiter à ligne médiane.

6° SYMPTÔMES. — La panniculite pouvant occuper diverses régions du corps, nous l'étudierons avec les signes qui permettent de la reconnaître dans chacune de ces régions :

I. Abdomen. — Elle peut y occuper deux plans différents :

- 1° Le tissu cellulaire sous-cutané ou pannicule ;
- 2° Les muscles de la sangle abdominale.

Nous diviserons donc son étude à cette région en : 1° Panniculite superficielle ; 2° panniculite profonde.

1° PANNICULITE SUPERFICIELLE ABDOMINALE. — Lorsqu'elle existe, un simple pli fait à la paroi abdominale, comme pour se rendre compte de son épaisseur, permet de la soupçonner. On peut alors rencontrer deux signes :

a) *Signe subjectif. Douleur.* — La femme accuse une douleur *spontanée*, qu'elle ne sait que rarement rapporter à son véritable siège. (Il ne faut pas oublier que la plupart du temps, on a affaire à des femmes qui viennent consulter pour une affection de l'utérus ou des annexes, et qu'elles n'omettent pas de ratta-

cher toutes leurs douleurs à ces affections, ce qui contribue à faire errer le diagnostic).

L'abdomen est très sensible ; parfois même, la femme supporte très difficilement le poids des vêtements ; dans les cas très accentués, sa palpation est très douloureuse. Les malades se plaignent de souffrir du ventre, surtout des régions hypogastriques, périombilicales et inguinales. La marche, les efforts, tout ce qui tend à mobiliser la paroi abdominale, réveillent cette douleur et l'accroissent. Parfois, au contraire, la malade la sent beaucoup moins lorsqu'elle marche ; par contre, dans ces cas, elle ne peut tolérer le repos du lit, le poids des couvertures ; une pression large exercée avec la main peut dans quelques cas atténuer la souffrance.

Le plus souvent, le gynécologue pense à une affection de l'utérus ou des annexes, et la recherche. La douleur spontanée est alors mise sur le compte d'une affection tubaire, ovarienn^e, utérine, etc., et l'on traite uniquement la malade pour ces dernières maladies. La femme continue toujours à souffrir, quels que soient les moyens thérapeutiques employés, parce qu'il existe en plus une douleur exclusivement pariétale que l'on n'a pas songé à rechercher et qui peut expliquer la persistance des phénomènes douloureux et le résultat incomplet obtenu par le traitement.

En dehors de la douleur spontanée, on trouve la douleur provoquée par l'examen des parois abdominales.

Recherche de la douleur. — La malade étant couchée sur le dos, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs en flexion sur le bassin, la respiration s'effectuant librement, de façon à relâcher la paroi de l'abdomen, on exerce alors sur celle-ci une friction légère avec la pulpe des doigts ; on n'éveille ainsi aucune douleur, nulle sensation désagréable ; si on pique la peau avec la pointe d'une aiguille, la piqûre est parfaitement sentie : en comparant avec un autre point symétrique, on ne trouve pas de différence, il n'y a ni hyperesthésie, ni anesthésie. La malade perçoit également bien ce qui est froid ou chaud, il n'y a pas de thermanalgésie ; si l'on pince la peau seule, la malade en accuse la sensation nette, mais elle n'est guère plus marquée qu'en aucun autre endroit : donc rien d'anormal du côté de la peau.

On fait alors un pli plus large, vulgairement « un gros pinçon », comprenant la peau et en plus le tissu cellulo-adipeux qui la double : la femme accuse alors de la douleur au pincement ; sa physionomie change ; elle contracte ses muscles abdominaux et cela, à une pression légère du pannicule. Dans les cas marqués, si l'on presse davantage ou si l'on étire la peau, la femme peut pousser un cri ; comparant alors ce point à un autre point indemne de panniculite, la femme n'accuse aucune douleur. Cette localisation de la douleur est caractéristique.

Dans certains cas, on peut observer une douleur à la pression directe. C'est lorsque la panniculite s'est développée au-dessus d'un plan osseux résistant,

comme le pubis ; sa branche ascendante ; l'épine, la crête iliaque, etc. Cette douleur est souvent moins nette qu'au pli cutané ; elle ne se rencontre guère qu'aux endroits précités.

En plus de la douleur, on constate souvent un second signe :

b) Signe objectif — Œdème. — La peau ne possède plus son élasticité normale, le pli fait par les doigts au pannicule, peut être mou et pâteux ; il peut aussi être plus ferme, plus consistant que normalement. Indépendamment de cet œdème, on peut trouver noyées, au milieu de lui, de petites masses granuleuses, de consistance plus dure, plus rénitente, donnant la sensation de grains de riz, de semoule. Ces indurations peuvent se rencontrer isolées ou groupées par petits amas ; elles peuvent aussi arriver à se conglomerer et à former des noyaux ; elles vont même jusqu'à constituer des gâteaux durs, analogues à ce que l'on a désigné sous le nom de « plastron » en parlant des phlegmons de la paroi abdominale.

De forme variable lorsqu'elles sont agglomérées, elles sont plus ou moins ovalaires, on dirait des lobules graisseux qui ont subi une induration particulière. Leur développement comme celui de l'œdème, n'est pas symétrique, elles peuvent exister d'un côté ou de l'autre de l'abdomen. MM. Stapfer, Josephson, les ont signalées et bien décrites ; ils les considèrent comme spéciales aux cellulites et en feraient presque un signe pathognomonique.

D'après ce que nous avons pu observer avec

M. Delassus, l'impression qui nous reste, est qu'elles ne sont pas particulières à cette affection. On peut rencontrer des indurations très douloureuses avec de la panniculite, du côté où celle-ci siège, mais cela n'est pas constant ; on rencontre souvent cette affection bien évidente, sans ces granulations douloureuses ; on trouve aussi de ces noyaux indurés et absolument indolores chez des femmes indemmes de cette affection. On peut même découvrir d'un côté de l'abdomen une panniculite bien nette, et de l'autre côté qui est sain, des granulations bien perceptibles et nullement douloureuses.

Diagnostic

La douleur à la pression d'un pli de la peau, comprenant aussi le tissu cellulo-graisseux sous-jacent, est le signe le plus constant de cette affection.

Souvent aussi on peut constater l'œdème, et parfois les indurations douloureuses.

La panniculite n'étant pas connue des anciens auteurs, a pu contribuer à fausser les descriptions de diverses maladies ; il nous semble tout indiqué d'en exposer ici le diagnostic différentiel, en nous basant sur ses deux manifestations cliniques ; la douleur, et l'œdème.

Nous commencerons par le plus fréquent de ces signes :

LA DOULEUR. — On peut se demander si la douleur, n'est pas due au pli, au jinçon que l'on fait pour explorer la pannicule. Nous éliminons de suite cette hypo-

thèse ; il nous suffit pour cela de comparer les points malades avec ceux qui sont sains, la femme fait très bien une différence entre les sensations qu'elle éprouve. Le pli fait à la peau ne crée donc pas la douleur il ne fait que la rendre évidente.

On peut à la paroi abdominale rencontrer trois variétés de douleur superficielle.

I. — Douleur occasionnée par un travail inflammatoire de la paroi ou du péritoine.

On ne confondra pas la douleur panniculaire avec cette première variété que l'on peut rencontrer.

1° *Dans la péritonite.* — Dans la péritonite localisée à la région ombilicale, on peut à la palpation de la paroi abdominale trouver une douleur plus ou moins vive et un certain empâtement du tissu, qu'explique le travail profond de suppuration ; il y a de plus à la main une élévation de la température locale ; mais les phénomènes généraux graves produits par la réaction péritonéale feront faire le diagnostic ; ils ne pourront passer inaperçus du médecin et même du malade qui pourra les retracer.

2° *Dans les phlegmons* de la paroi abdominale signalés par Heurtaux, les commémoratifs feront également éviter la confusion. Le malade se rappellera avoir reçu un choc ou un traumatisme de la paroi abdominale ; il se rappellera que son état s'est subitement aggravé, qu'il a eu un violent frisson, de la fièvre, une vive douleur ; sa peau aura présenté les signes classiques de l'inflammation, il aura eu des troubles digestifs marqués. Si le phlegmon

s'est terminé par suppuration on a nécessité une intervention chirurgicale précoce, l'hésitation ne sera pas permise ; si au contraire, l'affection est passée à l'état chronique, avec tendance à la résolution, l'œdème persistant plusieurs semaines, plusieurs mois, la rétraction de la paroi abdominale, l'immobilité de ce plastron induré, sur les plans sous-jacents ne seront pas confondus avec la panniculite à cause des manifestations graves de la période aiguë.

3° On peut songer encore au *rhumatisme præabdominal*, étudié par Chomel ; son siège dans le plan musculaire profond, les signes négatifs du côté de la peau et du pannicule, feront faire le diagnostic. Nous l'étudierons plus en détail à propos de la forme profonde abdominale.

4° De même pour la *rupture hémorrhagique* des muscles droits de l'abdomen : la douleur vive en un point fixe, survenue subitement à la suite d'un effort ; l'impotence musculaire, l'écartement des fibres rompues, l'épanchement sanguin avec ses caractères, feront faire le diagnostic d'avec la forme superficielle que nous étudions en ce moment.

II. — La douleur peut être due à une névralgie.

1° La douleur caractéristique des *névralgies lombo-abdominales et iléo-lombaires* de Valleix et Beau, a pu souvent être confondue avec la panniculite. Elle en diffère cependant. Dans l'affection que nous étudions, la douleur n'occupe pas comme dans ces névralgies un siège bien fixe, localisé de préférence à l'émergence des filets nerveux ; elle est au contraire

diffuse, non limitée à un point ; de plus ce n'est pas une douleur « *sine materia* », puisque l'on constate très souvent de l'œdème associé à la douleur panniculaire. La douleur revient par accès dans la névralgie.

Nous avons vu que dans les cas de panniculite, on n'observait rien d'anormal du côté de la peau ; dans les névralgies rebelles, au contraire, on observe à la longue du côté de la peau de petites zones d'anesthésie ayant un centimètre à un centimètre et demi de diamètre. Le pli fait à la peau et au tissu cellulaire, n'est pas douloureux comme dans cette affection.

Dans la névralgie, les troubles vaso-moteurs sont fréquents, on observe un spasme des vaisseaux cutanés au moment des paroxysmes douloureux, puis une vaso-dilatation pouvant parfois donner naissance à un œdème ; mais cet œdème est essentiellement fugace et ne tend en aucune façon à devenir chronique.

OBSERVATION II (Inédite. Dr Delassus)

Intéressante au point de vue du diagnostic d'avec la douleur ovarienne et les névralgies abdominales.

Mademoiselle B. . . , de Dunkerque, 34 ans, souffre d'accidents de double salpingite.

Le syndrome utérin, au complet, se retrouve chez elle. Après quelques semaines de massage, la malade ne

pouvant continuer ce traitement pour plusieurs motifs, accepte celui plus radical et plus expéditif d'une extirpation des organes malades, en octobre 1897.

L'amélioration obtenue n'est pas celle que nous espérons. Les règles douloureuses persistent avec hémorrhagies. Il est sans doute resté un fragment d'ovaire, les moignons sont douloureux. Une nouvelle laparotomie est pratiquée en novembre 1898. J'enlève, avec un petit kyste, un fragment gauche resté au dessous de la ligature du pédicule. Les autres nœuds des fils, à droite et à gauche, sont également enlevés.

Guérison sans encombre.

La malade souffre encore.

Je puis avoir cette fois la certitude que ce ne sont pas les ovaires, pas même un fragment.

Voici ce que l'exploration me fait trouver.

Les culs de sac sont douloureux comme si les annexes étaient encore là présentes et enflammées.

Les parois pelviennes, les pentes du releveur de l'anus sont d'une sensibilité extrême.

La paroi abdominale présente une épaisse couche de tissu cellulaire. Du côté gauche particulièrement, on provoque, quand on la pince, une douleur d'une acuité extraordinaire. Le fait est surtout marqué en un point précis, grand comme l'ongle du pouce ; il est situé au niveau du point ovarique. D'abord noyé dans un placard douloureux, le massage l'a peu à peu dégagé et il subsiste encore quand les zones voisines ont perdu leur sensibilité. La localisation précise de cette douleur lui donne bien l'un des caractères de la névralgie, mais les autres points manquent, il n'existe pas de douleur spontanée ni provoquée sur le trajet du nerf, la constatation de la cellulite pelvienne et enfin la disparition de la

douleur par le massage me font accepter l'idée de panniculite qui, dans ce cas, avait les caractères ordinaires de cette affection.

2° La douleur *de la Dermalgie* décrite par Beau, présente quelques analogies avec celle de la maladie qui nous occupe. Elle en diffère cependant par son siège. Dans la dermalgie, la douleur est cutanée, superficielle, se limitant exactement à la peau: « Si, suivant le conseil de Piorry, on déplace la peau à l'aide de tractions faites dans le voisinage du lieu où la douleur existe, la douleur persiste dans la portion des téguments déplacés. » Lorsque la dermalgie est peu accentuée, on peut n'observer qu'une simple hyperesthésie cutanée; à un degré très intense, il peut exister une douleur vive, analogue à celle que produit: « l'enlèvement de l'épiderme, ou la dénudation du corps papillaire. » Dans d'autres cas les malades éprouvent une sensation « de chaleur, de cuisson, de picotement » ou inversement une sensation « de froid. »

La moindre pression exercée sur la peau, le simple attouchement avec la pulpe des doigts suffisent à l'augmenter dans ces cas typiques.

Il existe en plus une couleur spontanée, intermittente, paroxystique, analogue à la sensation produite par « une étincelle électrique, un coup d'épingle, un clou que l'on enfoncerait dans la peau à plusieurs reprises.

Objectivement, la peau ne présente aucune modification ; elle n'est ni plus épaisse, ni plus colorée, ni plus chaude.

Subjectivement, elle présente de l'anesthésie douloureuse. Dans la panniculite ce dernier signe fait défaut, de plus la peau est intacte au point de vue des sensations douloureuses, qui dans cette affection sont localisées dans le pannicule adipeux.

La dermalgie est peu fréquente à la paroi abdominale ; on la rencontre plus souvent à la tête et aux membres inférieurs suivant Beau ; Valleix la regarde comme plus fréquente aux endroits velus.

C'est de plus une affection fugace, disparaissant souvent sans traitement après une durée de quelques jours ; ne devenant pas invétérée et chronique.

3° La douleur provoquée par *les tubercules douloureux sous-cutanés* étudiés par Broca et Follin, n'a pas la même localisation que celle de la panniculite. Elle se limite à ces seuls tubercules et ne diffuse pas dans les tissus voisins qui restent indolores à la pression, ce qui ne s'observe pas dans l'affection que nous étudions, où tout pli fait à la peau est douloureux.

4° On ne la confondra pas avec les *douleurs hypogastriques et lombaires* qu'accusent les femmes atteintes de métrite. Les troubles subis par l'état général de la malade, les irrégularités de la fonction menstruelle, l'écoulement utérin, l'examen direct de l'utérus feront faire le diagnostic. Il est cependant utile de la rechercher en même temps, les deux affections

ne s'excluant pas l'une l'autre ; un pli fait à la paroi abdominale permettra de faire la part de ce qui revient à chacune de ces affections au point de vue de la douleur.

III. — La douleur peut être le fait de l'hystérie.

1° La *névralgie ovarienne*, par son siège profond, la douleur à la pression directe de l'ovaire par le doigt vaginal ; l'absence de douleur cutanée et pariétale ; sa fréquence plus grande chez des femmes manifestement hystériques, sera facilement reconnue.

2° De même les *zônes hystérogènes* ne seront pas prises pour cette affection. Les stigmates hystériques, les troubles sensitifs cutanés, la crise caractéristique que peut provoquer la pression directe en ces zones, formeront un appoint suffisant pour le diagnostic.

L'ŒDÈME. — Il ne sera pas confondu :

1° Nous citons pour les éliminer de suite : l'*œdème cardiaque* et l'*œdème brightique*. Son début par les malléoles, sa marche progressivement ascendante, sa bilatéralité, l'existence d'une lésion cardiaque, feront éliminer cette variété. De même pour l'*œdème brightique*, son début par les paupières, la face, les signes de lésion rénale, l'analyse des urines suffiront à le spécialiser.

L'*œdème de la grossesse* par son siège à la région pubienne, l'existence d'une grossesse double, d'*hydramnios*, le volume exagéré de l'utérus, ses rapports avec les accidents éclamptiques, sera facilement rattaché à son étiologie véritable.

Ces diverses variétés d'œdèmes sont indolores,

le pli fait au pannicule ne provoque aucune réaction sensible ; de plus, ils sont mous, gardent l'impres-sion du doigt, particularité à noter au point de vue de l'œdème panniculaire qui le plus souvent est élas-tique.

2° Avec l'œdème qui accompagne une *inflamma-tion* de la paroi (phlegmon) ou du péritoine (périto-nite localisée). La réaction inflammatoire et les symp-tômes que nous avons exposés à propos de la douleur permettront de trancher le diagnostic.

3° Avec un *épanchement traumatique* dû à une contusion de l'abdomen ou à une rupture des mus-cles droits. Les caractères hémorragiques de l'épan-chement, le souvenir du choc, ou d'une douleur brus-que survenue à la suite d'un effort violent ou brus-que, la douleur à la pression avec maximum d'inten-sité à un point bien limité, feront facilement retrou-ver leur véritable origine.

4° Avec un *lipôme*, la délimitation de la tumeur, sa consistance uniforme, mollassse, pâteuse, son in-dolence absolue à de rares exceptions près, son évolu-tion progressive et lente, seront des caractères dis-tinctifs suffisants.

5° Avec les *œdèmes blancs* des hystériques, signa-lés par Sydenham et étudiés par Charcot. Leur siège est en général unilatéral, ils ne laissent pas non plus de trace à la pression ; dans certains cas, on peut observer une coloration violacée des téguments, et un abaissement de la température locale, ces signes le plus souvent unis à ceux de l'hystérie, les feront

aisément différencier de l'œdème douloureux dont nous parlons.

6° Avec les *œdèmes angio-neurotiques* de Quinke, ils en diffèrent en ce qu'ils s'observent plus souvent chez des névropathes, sont incolores et accompagnés de paresthésie. Ils se développent souvent brusquement pour disparaître de la même façon.

7° Avec les *œdèmes syringomiéliques* de Remak et de Rath. Ils s'en distinguent par leur siège fréquent au dos de la main, aux doigts, au nez, aux oreilles et par l'analgésie et la thermanalgésie qui les accompagnent.

II. — Le plan profond

2° PANNICULITE ABDOMINALE PROFONDE. — Nous comprendrons par là, celle qui a son siège dans le plan musculaire de la paroi abdominale. Nous étudierons sa localisation dans les grands droits, qui est de beaucoup la plus fréquente.

Elle se révèle par la douleur à la palpation, lorsque l'on essaie d'isoler une portion de muscles entre les doigts, c'est surtout au creux épigastrique qu'on la rencontre, au voisinage de leur insertion aux articulations chondro-sternales.

Il existe en plus une douleur spontanée due à la contracture de ces muscles. On peut observer également des noyaux durs, analogues à ceux que l'on palpe dans la variété abdominale superficielle qui se rencontre souvent en même temps.

Nous ferons son diagnostic d'avec :

Colmaire

1° *Les tumeurs profondes de l'abdomen.* — La palpation les différencie en ce que l'on trouve parfois une hypéresthésie musculaire produisant la contraction réflexe des muscles, mais l'on peut arriver à la vaincre et on perçoit alors dans le plan profond la tumeur indépendante des muscles droits. — En cas de tumeur, les muscles ne sont pas douloureux au pincement en masse.

2° Les troubles digestifs, le clapotement stomacal, la sonorité à la percussion, la délimitation de l'estomac, différencient la panniculite de la *dilatation stomacale*.

3° Le début brusque, les vomissements, l'irradiation de la douleur vers l'angle inférieur de l'omoplate droite, l'ictère, la présence de calculs dans les selles, l'uro-bilurie et la peptonurie signalées par Bouchard établiront le diagnostic dans les cas douteux où cette affection a été confondue avec la *colique hépatique*, comme dans un cas rapporté par le Professeur Salin. Nous le publions ici :

OBSERVATION III (Dr Josephson) (simulant une colique hépatique)

La femme, d'une vingtaine d'années, mariée, est accouchée il y a 20 mois. Elle est malade depuis six semaines ; vomissements et douleurs de ventre. Le médecin qui l'a traitée diagnostique une colique hépatique.

La malade n'avait pas d'ictère et on n'a jamais trouvé de calculs biliaires. Elle a eu de légères crises simulant des

coliques hépatiques et de continuelles douleurs avec sensibilité à la moindre pression du ventre et sensation constante de fatigue. Par l'examen, je trouvai à gauche et au dessous du nombril une cellulite qui s'étendait sur la surface d'une main et à droite une autre non moins étendue. L'utérus était en rétroversion et l'exploration très difficile à cause de l'épaisseur et de la sensibilité des parois abdominales. J'ai fait le massage pendant 3 semaines ; passé ce temps, les douleurs spontanées et à la pression et la sensation de fatigue ont disparu. Dans ce cas, la cellulite était probablement aiguë.

4° La douleur de la *colique saturnine* présente certains rapports avec la panniculite musculaire. Comme celle-ci, elle peut être plus accentuée à l'épigastre, présenter des élancements paroxystiques, de la contracture musculaire, de l'hypéralgésie au pincement (Briquet). M. Vanebroucq pensait qu'elle se localisait dans certains cas aux muscles droits.

Mais, les renseignements donnés par le malade sur sa profession, la constatation du liseré gengival, l'état dyspeptique (constipation opiniâtre, vomissements), le ralentissement du pouls, la rétraction de la paroi abdominale, sont autant de signes sur lesquels on établira son diagnostic en faveur du saturnisme.

5° On la distinguera du *rhumatisme musculaire aigu*, qui se caractérise par une douleur vive, de courte durée, apparaissant de temps à autre sous l'influence du mouvement, douleur analogue à celle

des névralgies, produisant une sensation de déchirement et présentant des paroxysmes, pouvant s'atténuer d'une façon brusque. La palpation des muscles atteints est possible, car ils ne sont que médiocrement sensibles à la pression; le pincement en masse n'éveille pas la douleur caractéristique en ce cas de la panniculite. Son siège n'est pas aussi fréquent aux muscles droits; il prédomine à la région lombaire. La forme aiguë du rhumatisme musculaire peut de plus s'accompagner de fièvre, d'inappétence, de courbature.

6° LE RHUMATISME MUSCULAIRE CHRONIQUE, qui est apyrétique, se localise le plus souvent à la région lombaire: la douleur est bilatérale, la pression directe ne l'accroît nullement, on peut pincer les masses musculaires sans produire une vive réaction, tandis que les mouvements de flexion et d'extension du tronc l'accroissent; la myalgie panniculaire au contraire est surtout exagérée par le pincement des muscles.

7° Les phénomènes généraux graves, une fièvre typhoïde récente; des caractères d'inflammation réagissant du côté de la peau; la tuméfaction et la rénitence du muscle atteint, la feront distinguer d'une *myosite aiguë*.

8° D'après Briquet, certaines hystériques peuvent présenter à l'épigastre, une douleur musculaire superficielle qu'exagère une légère pression exercée au niveau de l'insertion thoracique des muscles droits. Elle se distinguera de la myalgie panniculaire en ce que la pression des points douloureux peut provo-

quer une crise ; de plus on observe souvent de l'hyperesthésie cutanée et des phénomènes sympathiques tels que : constriction de la glotte ; sensation de strangulation, de constriction thoracique ; oppression . dyspnée.

II. — La panniculite peut se développer à la *région fessière* et à la *face interne des cuisses*.

Elle présente alors les mêmes signes qu'à la paroi abdominale : douleur au pli épais fait à la peau de ces régions, et souvent œdème.

On ne l'a guère confondue à la région fessière qu'avec une *sciatique* qui en diffère par l'existence de points douloureux bien localisés : points sacro-iliaques, trochantériens, poplités etc.... Les signes de Bonnet et de Lasègue, les troubles trophiques du côté de la peau, les modifications de sa sensibilité ne se rencontrent pas dans la panniculite. L'œdème est rare dans la sciatique ; par contre on peut observer un développement plus grand du tissu adipeux du côté malade, signalé par M. Landouzy. Cette adipose non douloureuse ne sera pas confondue avec l'œdème du tissu cellulo graisseux.

III. *Au thorax*. — On peut la confondre avec une pleurodynie, une névralgie intercostale ; une affection cardiaque.

1° L'absence de signes congestifs du côté du poumon, la douleur plus marquée à la pression directe sur la paroi thoracique et non au pli fait à la peau et au tissu cellulaire qui la double ; l'absence d'œdème

panniculaire éviteront la confusion avec une *pleurodynie*.

2° Les points douloureux précis de la *névralgie intercostale*, avec indolence aux points intermédiaires feront également faire le diagnostic avec la panniculite qui n'est jamais localisée à des points aussi rigoureusement délimités.

3° L'absence de stase pulmonaire, de tachycardie, l'absence de signes stéthoscopiques au cœur et de troubles circulatoires mécaniques écarteront l'idée de palpitations douloureuses, ou *d'affection cardiaque*.

IV. *Aux bras.* — L'absence de commémoratifs ; d'ecchymose, éviteront de penser à une contusion. On ne prendra pas non plus l'œdème pour une *inflammation aiguë* dont il n'offre nullement les caractères ; l'absence de troubles cutanés trophiques et sensitifs éliminera la *névrite* ; la localisation exclusive de la douleur dans le pli cutané confirmera le diagnostic.

V. *A la tête.* — Elle détermine une sensation de poids ; de la céphalée.

4° On ne la confondra pas avec la *céphalalgie neurasthénique*, qui est toute subjective et ne se manifeste par aucun signe du côté du cuir chevelu ; la rachialgie, l'atonie stomacale et intestinale, l'insomnie et l'anéantissement psychique qui accompagnent cette affection, la caractérisent suffisamment.

Il ne faut pas oublier que la panniculite, dans sa forme grave peut avoir des relations avec la *neurasthénie* en ce sens qu'elle contribue à l'accroître dans une certaine mesure. L'hyperalgésie au pli cutané

rendra compte de ce qui appartient à chacune d'elles lorsqu'on les rencontre unies chez le même individu.

2° On ne la confondra pas avec la *migraine* qui occasionne des troubles digestifs, oculaires ; se localise fréquemment a une moitié du crâne ; a un début rapide et une courte évolution.

3° Les accès de goutte antérieurs la feront distinguer d'un *tophus goutteux* ; siégeant aux oreilles, la consistance spéciale de ce dernier ne permettra pas de le confondre avec l'œdème douloureux.

4° On ne la prendra pas pour une affection rhumatismale singulière signalée par MM. Troisier et Brocq, sous le nom de *nodosités éphémères rhumatismales*, qui peuvent également se développer au front et à l'occiput ; sont mobiles avec la peau et paraissent siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Leur brusque apparition, leur disparition rapide, parfois en l'espace de quelques heures ; enfin, leur indolence absolue les feront éliminer facilement.



CHAPITRE IV

Etiologie

Avant d'essayer de discuter l'origine de cette affection bizarre, nous commencerons par dire que l'on a pas encore d'idées bien nettes à ce sujet ; on a guère que des présomptions. Nous basant sur les observations qui ont été publiées, et sur les cas que nous avons pu voir dans le service de M. Delassus, nous essayerons de mettre en ordre ce qui a été dit déjà, en y ajoutant les remarques qui nous paraîtront fondées.

Nous rechercherons quelles sont les causes par lesquelles on peut expliquer son développement ; nous nous demanderons donc : 1° si la panniculite est une affection générale ? 2° si c'est une maladie infectieuse ? 4° si elle dépend d'une diathèse ? 4° quelles sont ses relations avec les affections génitales ?

1° Est-ce une maladie générale ?

Si nous comprenons par là une affection pouvant exister seule, sans que l'on puisse la rattacher à aucune autre, sauf à une prédisposition fonctionnelle

de l'individu, et envahissant par là même l'organisme tout entier ; l'étude des faits nous fera dire non. Il y a cependant des observations où la panniculite paraît exister comme unique manifestation morbide, mais elles sont assez rares, et il n'est pas prouvé qu'on ne puisse la rattacher, par exemple, à une affection abdominale légère, qui s'est guérie ne laissant comme tare qu'une panniculite.

D'après Josephson, on peut rencontrer des cas où la cellulite se généralise à tout le corps ; les mains et les pieds seuls, n'en étant pas atteints, sans que l'on puisse trouver de cause vraiment capable de l'expliquer. Josephson dans ce cas, suppose une anomalie du système vaso-moteur.

En supposant vraie cette origine qui n'est nullement démontrée, ce serait le seul cas où la lésion serait idiopathique et dépendrait d'une anomalie congénitale ; mais ces faits forment la minorité ; nous n'avons du reste pas eu occasion de les observer.

Le plus communément, la panniculite est une affection tout-à-fait locale, occupant l'abdomen ou une autre partie du corps et ne manifestant sa présence par aucun trouble général.

2° Est-ce une maladie infectieuse ?

Nous ne ferons cette hypothèse que pour être complet dans notre révision, nous l'éliminerons donc de suite. Sa fréquence plus grande chez les femmes qui souffrent des organes génito-urinaires, pourrait seule, indirectement, la rattacher à cette cause. Mais toutes ces affections ne sont pas d'origine exclusive-

ment microbienne ; la panniculite peut dépendre de lésions où la statique pelvienne joue le rôle principal : déviations, prolapsus, etc.

La pänniculite n'existe pas non plus uniquement chez les femmes malades de l'utérus ; elle ne paraît en aucune façon contagieuse, inoculable, il nous semble beaucoup plus rationnel de chercher à l'expliquer par un trouble de l'innervation.

3° Dépend-t-elle d'une diathèse ?

On pourrait songer à une manifestation parasyphilitique, nous ne connaissons pas d'observation où l'on ait pu la rapporter à cette affection ; dans la grande majorité des cas, on rencontre la panniculite en dehors de toute lésion syphilitique ; nous pouvons vraisemblablement penser que ces deux affections n'ont aucun rapport ensemble.

La diathèse que l'on rencontre la plus fréquemment associée à la panniculite, est l'arthritisme.

M. Stapfer admet qu'il existe une certaine relation entre ces deux affections, non seulement pour la panniculite, mais aussi pour les cellulites pelviennes qu'il fait rentrer dans le même groupe, il a pu en recueillir des observations expliquant cette hypothèse. Il est permis de supposer que l'arthritisme offre un terrain plus favorable au développement de cette affection ; par sa tendance à l'hyperhémie. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané, paient du reste un large tribut à cette diathèse ; nous ne ferons que rappeler en passant, l'œdème rhumatismal et les nodosités sous-cutanées éphémères que l'on rencontre chez

les arthritiques. La panniculite paraissant être un œdème, avec il est vrai, des caractères spéciaux, cette hypothèse est très vraisemblable. On la ferait ainsi dépendre surtout d'un trouble circulatoire.

Le système nerveux a également une influence dans le développement de cette affection ; les troubles de la sensibilité et de la vaso-dilatation sont fréquents dans l'hystérie, et peuvent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, s'en rapprocher.

La douleur musculaire n'est pas rare chez les hystériques ; comme la myo-panniculite, elle siège souvent à l'épigastre ; la pression l'exagère. On rencontre aussi la rachialgie dans l'hystérie ; les muscles de la région dorso-lombaire sont hypéresthésiés ; il y a de la douleur à la pression et dans les mouvements qu'exécute la malade, mais il existe en plus de l'hypéresthésie cutanée, qui avec les phénomènes sympathiques étudiés plus haut font faire le diagnostic.

Il n'est pas impossible que la panniculite vienne se greffer sur l'hystérie, puisse parfois en être une manifestation, mais cela nous semble peu fréquent les névropathes ne nous paraissent pas plus que d'autres prédisposées à la panniculite.

4° Dans les observations que l'on a publié sur cette affection et dans les cas que nous avons eu occasion d'étudier, elle nous a souvent paru se développer en même temps qu'une lésion des organes génitaux. On pourrait tout d'abord songer à une simple coïncidence qui s'expliquerait par ce fait, que l'on a le plus souvent occasion de la rencontrer en gynécolo-

gie, parce que dans tout examen on palpe l'abdomen ce qui peut la faire découvrir. Il nous semble qu'il y a plus qu'une simple coïncidence. Une certaine relation paraît unir ces affections entre elles.

Elle est, nous l'avons vu, très fréquente chez les femmes que l'on soigne dans les services de gynécologie ; on peut la rencontrer environ 25 fois sur 100 malades ; de plus, il paraît y avoir un rapport entre son siège et celui de la lésion utérine ou annexielle.

Nous avons pu observer que souvent l'œdème était plus marqué, la douleur plus vive du côté malade. Ces signes peuvent se rencontrer des deux côtés de l'abdomen, mais ils sont souvent prédominants du côté le plus atteint.

Dans les deux observations suivantes, il existe une relation très nette entre la localisation de la panniculite et les lésions pelviennes. Elles ont également leur intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement.

OBSERVATION IV (Inédite). D^r Delassus.

Double salpingite et périmétrite d'origine puerpérale. Panniculite. Guérison symptomatique par le massage.

M^{me} D..., 32 ans. Un seul accouchement suivi d'accidents périmétriques intenses, il y a dix ans. La malade s'est

rétablie et a pu mener sans souffrances d'aucun genre, la vie ordinaire.

En 1894, soit il y a cinq ans, elle est reprise brusquement de douleurs dans le ventre. L'exploration est difficile à cause de la douleur, mais on se rend compte que les culs de sac sont indurés : c'est certainement un réveil de l'ancienne affection.

Sous l'influence du traitement classique, ou au moins pendant qu'on l'emploie, les accidents s'atténuent. Mais la marche reste impossible, la station debout intolérable, la période menstruelle douloureuse, l'état général assez précaire.

J'essaie une première fois le massage, il n'est pas toléré, tant la sensibilité est grande.

C'est alors que je constate pour la première fois la panniculite abdominale. Un pli fait à la peau provoque une douleur suraiguë qui arrache à la malade un cri et fait monter des larmes à ses yeux. C'est à droite, du côté où les lésions pelviennes sont le plus accentuées que la douleur est plus vive. L'autre côté, le gauche, est beaucoup moins douloureux. Le reste de l'abdomen et même du corps ne présente rien de semblable.

Le tissu cellulaire est grenu, de deux côtés de l'abdomen, mais du côté malade, il est nettement plus induré, comme élastique.

Par le toucher vaginal, je constate que la pression sur les parois pelviennes, le long du rectum, sur les pentes du releveur de l'anus est excessivement douloureuse aussi, presque autant que celle faite dans les culs de sac, dans les régions où l'on sent les annexes enflammées et volumineuses.

La recherche des points classiques des névralgies lombéo-abdominales ne donne aucun résultat.

Le maximum de douleur correspond à la région de l'ovaire droit. La pression est bien moins sensible que le pincement, ce qui exclue toute idée de douleur ovarique ou annexielle directe, c'est-à-dire éveillée par un froissement immédiat de ces organes.

Un pli qui ne comprend que la peau sans tissu cellulaire ne provoque pas de sensation pénible. Ce n'est qu'un vulgaire pinçon.

Les muscles grands droits ne semblent pas douloureux à la pression ni à la contraction. C'est donc bien une panniculite avec ses caractères classiques.

Le massage, après 70 séances a remis sur pied cette malade qui va, vient, marche comme avant, et ne souffre plus guère qu'au moment de ses règles qui sont d'ailleurs normales comme date et durée.

Sept ou huit séances de malaxation ont eu raison de la douleur panniculaire.

OBSERVATION V (Inédite) (D^r Delassus)

M^{me} H..., 20 ans, m'appelle pour une perte à six semaines (1898). C'est la seconde qu'elle fait depuis un an. Elle souffre d'ailleurs constamment du ventre.

Réglée à 13 ans, elle a fréquemment présenté des troubles douloureux du côté de l'appareil génital. Son état général s'en est ressenti et elle a suivi des traitements contre l'anémie, et les accidents dysménorrhéiques. Depuis son mariage qui remonte à 16 mois, elle est constamment souffrante. Les règles sont douloureuses, viennent régulièrement, durent quelques jours. L'ovaire gauche est très sensible à la pression dans le cul-de-sac vaginal. Par le toucher bimanuel on le saisit facilement entre les doigts. Ovaires et

trompes ne sont pas très volumineux. A droite, il y a peu de sensibilité et l'on ne perçoit rien.

La peau de la paroi abdominale est d'une finesse remarquable. Si l'on fait un pli comprenant le tissu cellulaire, on détermine une douleur exquise. La région gauche est surtout sensible. Je ne retrouve nulle part ailleurs cette sensibilité ainsi limitée à la région abdominale.

Une quinzaine de séances de massage quotidien, de cinq à six minutes de durée, ont complètement supprimé cette panniculite.

Et ce n'est pas une des moindres surprises de la malade de voir sa paroi si sensible au pincement devenue indolore, grâce à de simples manipulations dont les premières séances avaient occasionné de vives souffrances.

Je ne parle pas ici du massage appliqué à ses annexes et qui a amené aussi un soulagement considérable, au point qu'après quelque temps, elle a pu interrompre son traitement pendant près de deux mois, pour le reprendre alors par séries de séances.

Il est assez fréquent de ne rencontrer la panniculite que du côté où les annexes sont le plus malades ; la paroi abdominale de l'autre côté où les lésions annexielles sont nulles ou peu accusées, est souvent indemne.

Cette supposition rendrait compte de la fréquence avec laquelle on observe cette affection aux environs de l'ombilic et sur les côtés de l'abdomen aux points où par la palpation ; on explore les annexes. La nature de lésion utérine n'influe guère, on peut observer de la panniculite aussi bien dans une affection où l'élé-

ment infectieux joue le principal rôle, que dans celles où prédominent les troubles circulatoires.

On ne pourrait expliquer cette relation que par deux causes ;

1° Un trouble d'innervation réflexe et local ; produisant :

2° Un trouble de la circulation capillaire.

1° *Trouble d'innervation réflexe.* — Il est possible qu'il existe une relation entre les troubles nerveux superficiels et les lésions des viscères profonds ; la fréquence des névralgies lombo-abdominales dans les affections utérines, nous en rend compte par analogie. Cette cause peut donc intervenir dans l'apparition de la panniculite, et la rendre plus marquée du côté où ces lésions sont les plus importantes.

Il n'est pas rare du reste qu'une affection profonde s'accompagne en même temps de troubles superficiels, témoin : l'hypéresthésie de la paroi thoracique dans certaines maladies pulmonaires.

Les modifications de l'innervation locale expliqueraient la douleur panniculaire.

2° Les troubles de la *circulation capillaire*, sous la dépendance d'une innervation locale pathologique, rendraient compte de l'œdème. On établirait ainsi la relation entre les modifications superficielles du pannicule et les affections abdominales profondes.

L'analogie de la panniculite avec certaines névralgies nous engage à faire cette hypothèse. Le trouble de l'innervation provoquant directement la douleur et indirectement l'œdème pour action vaso-

motrice capillaire, justifierait les cas où l'on rencontre un œdème indolore et vice versa une douleur sans œdème. Ces deux actions en s'alliant donneraient la panniculite.

A côté de de ces causes que l'on peut désigner par le nom de primordiales, l'observation a montré des causes occasionnelles qui ne feraient que favoriser le développement de cette affection.

Pour le Dr Josephson, le refroidissement, l'insuffisance des vêtements de dessous joueraient dans certains cas un rôle dans l'apparition de la panniculite localisée.

La compression exercée par le corset la favoriserait également.

De même la grossesse et la subinvolution utérine qui lui fait suite.

Les troubles de la menstruation agiraient de même. L'adiposité se rencontre souvent à un degré plus ou moins marqué chez les femmes atteintes de panniculite. Il est très rare, comme nous l'avons dit plus haut de l'observer chez les femmes qui ont un pannicule adipeux fort peu développé.

On a remarqué que les femmes obèses voient leurs règles diminuer ou même se supprimer complètement ; l'obésité agirait sans doute en modifiant la circulation abdominale.

La ménopause peut avoir son influence ; en produisant un déséquilibre dans la circulation pelvienne chez la femme et par action nerveuse réflexe.

Les troubles digestifs, la dilatation de l'estomac

qui coïncident souvent avec la forme musculaire de la panniculite, ainsi que l'a fait remarquer M. Stapfer, seraient des troubles réflexes du même genre.

Le rôle spécial dévolu à la femme dans la reproduction de l'espèce rendrait compte de la plus grande prédisposition qu'elle présente pour cette affection que l'on rencontre moins fréquemment chez l'homme.

Enfin, dans certains cas, comme le montre l'observation suivante, rien ne peut expliquer son apparition.

OBSERVATION VI (Inédite) D^r Delassus.

Madame X..., de Roubaix, a présenté une particularité intéressante. Elle se plaint de douleurs abdominales. L'examen de l'appareil génital interne ne dévoile aucune lésion. Uterus et annexes sont sains. Il n'y a même pas de cellulite pelvienne. Mais il existe un degré de panniculite sous-cutanée abdominale très marqué. Les douleurs spontanées sont assez vives pour que je pense d'abord à de la névralgie lombo-abdominale. Mais je ne puis en déceler d'autre signe que cette douleur superficielle au pincement.

Je montre à la malade les manœuvres de massage qu'elle doit exécuter chaque jour chez elle. Huit jours plus tard, je la revois. A-t-elle bien fait ces manipulations, je ne puis l'assurer, mais la panniculite subsiste au même degré et dans les mêmes conditions.

Je ne l'ai plus revue.

Aussi incomplète, cette observation n'a pas une valeur

démonstrative, mais elle est pour moi un exemple de panniculite sans autre lésion décelable. Elle n'avait du reste aucune tare ou antécédent nerveux ou constitutionnel.

Après avoir étudié les caractères cliniques qui permettent de reconnaître la présence de cette affection et avoir passé en revue les diverses causes étiologiques pouvant favoriser son apparition, il nous semble indiqué d'exposer en quelques lignes son pronostic.

PRONOSTIC. — La panniculite étant, le plus souvent, une affection locale, est bénigne, par son siège et par son évolution, en ce sens qu'elle ne compromet gravement la fonction d'aucun organe important, et ne peut entraîner la mort des personnes qui en sont atteintes.

Elle peut exister à des degrés divers, peut être très peu marquée, et très bien tolérée ; c'est alors en quelque sorte une trouvaille d'examen gynécologique ; la femme n'en souffre guère et ne songe pas à se faire traiter pour cette affection qu'elle ne soupçonne pas.

A un degré moyen, la femme s'en plaint, le plus souvent sans s'en rendre compte ; rapportant sa douleur abdominale à une affection interne.

A son maximum d'intensité, elle est très douloureuse, peut rendre la vie active impossible, ne tolérant pas la compression qu'exercent les vêtements ;

les femmes souffrent en marchant, elles souffrent en s'asseyant ; la nuit, la douleur leur ôte la tranquillité du repos. Elles peuvent alors s'affecter, songer à une affection grave qui abrégera leurs jours, ou à une tumeur profonde qui nécessitera une intervention chirurgicale. Elles ont une tendance à la mélancolie, à la tristesse, à la neurasthénie ; leur santé peut s'altérer par suite de la dénutrition qu'engendrent ces diverses affections. C'est ce qui assombrit un peu le pronostic généralement si bénin de la panniculite.

Sa recherche, si simple, évite de la confondre avec une affection plus grave de l'utérus ou de l'abdomen. C'est surtout ce qui la rend intéressante pour le gynécologue.

Sa connaissance permet de soulager beaucoup et souvent même de guérir complètement les malheureuses qui en sont atteintes.

Ces seules raisons suffiraient à expliquer l'utilité de sa recherche, qui procure une occasion facile d'améliorer l'état de ces malades et de compléter heureusement le traitement de leurs affections abdomino-génitales.



CHAPITRE V

Traitement

Cette affection étant, dans la majorité des cas, caractérisée par une douleur et un œdème localisés, il est tout indiqué d'employer à son traitement des moyens agissant d'une façon directe, à la fois sur l'innervation et la circulation.

Nous ne dirons rien des médications internes, elles ne donnent aucun résultat.

Il est plus rationnel de songer aux moyens qui agissent localement, tels que l'électrisation, la balnéation ou enfin le massage.

L'électrothérapie peut agir sur la douleur et sur la nutrition des tissus, mais son action est trop aléatoire, et son emploi demande un certain temps, des appareils spéciaux que ne compenseraient pas les résultats obtenus ; malades et médecins s'en lasseraient vite. nous l'éliminons donc.

L'hydrothérapie, par son action sur la circulation, peut parfois procurer une amélioration locale ; mais comme le précédent, ce moyen demande du temps, une installation qui n'est pas à la portée de tous les malades chaque jour. On ne pourrait guère en réserver l'emploi que pour les cas de cellulite généralisée, en y adjoignant la méthode suivante pour abréger la durée du traitement.

Un moyen seul mérite d'être pris en considération, c'est *le massage*. Il n'exige pas de préparation pour le malade ; pas d'outillage, pas de connaissances spéciales pour le médecin ; quelques minutes chaque jour suffisent à son emploi. Il n'a qu'un inconvénient ; il est douloureux au début de son emploi et demande à être continué avec persévérance pendant un certain temps. Il est à la portée de tous et par là même essentiellement pratique.

C'est le seul traitement à employer dans la panniculite. Avant de l'adapter spécialement à cette affection, nous rappellerons en quelques lignes son mode d'action :

EFFETS DU MASSAGE. — Le massage agit physiologiquement sur : 1° la peau ; 2° la circulation ; 3° l'absorption ; 4° l'innervation.

Nous étudierons rapidement chacune de ces actions :

I. — SUR LA PEAU. — Il agit en augmentant sa souplesse, en la rendant plus flexible et en facilitant la fonction de ses glandes.

II. — SUR LA CIRCULATION. — Il agit de deux façons :

1° D'une façon générale. Elle se traduit par une augmentation des pulsations du pouls et de leur amplitude. Ces phénomènes sont passagers et se produisent au début du massage. Berghman et Helleday, Maggiora se sont occupés de cette action. Goltz, Stapfer et Romano l'ont également étudiée en l'appliquant au massage abdominal.

2° D'une façon locale. Le massage a une action évidente; sous son influence, la partie massée diminue de volume, la circulation prend une activité nouvelle dans les vaisseaux capillaires ainsi que dans les veines superficielles, phénomène qui s'explique par la compression intermittente que subit la région massée.

III. SUR L'ABSORPTION. — Il augmente l'absorption interstitielle par la suractivité qu'il impose à la circulation veineuse, et aussi mécaniquement, en divisant à l'infini les produits accumulés dans les mailles du tissu cellulaire. La dissémination de ces produits facilite leur résorption en multipliant leurs points de contact avec les parois des veines et des lymphatiques.

IV. SUR L'INNERVATION. — Les frictions ont une action stimulante; douces et lentes, elles sont hypnotiques; les pressions énergiques sont anesthésiques. C'est à cet effet que l'on attribue la tolérance remarquable pour le massage, dans les premiers moments d'une affection douloureuse.

Tels sont schématiquement exposés les effets gé-

néraux et locaux du massage. Ils répondent parfaitement aux indications qui nous guident dans le traitement de cette infirmité.

Parmi les nombreuses manipulations employées par les masseurs il nous faudra choisir celle à laquelle nous devons donner la préférence.

Le siège de la panniculite; ses caractères cliniques vont en cela nous guider :

Sa localisation au pannicule adipeux, exige une action non seulement superficielle, mais assez profonde pour atteindre tous les points malades.

L'œdème demande une action locale, mécanique, qui l'exprimera des mailles cellulaires où il est renfermé, et l'aidera à se résorber.

La douleur demandera que cette action soit en même temps anesthésique.

Des diverses manipulations usitées la malaxation est celle qui réussit le mieux ces diverses conditions.

La forme abdominale demande une malaxation qui ne ressemble pas tout-à-fait à celle que nous employons communément comme par exemple lorsqu'il s'agit d'exciter la circulation dans une masse musculaire ou d'empêcher son atrophie. Dans cette affection nous avons à combattre une lésion chronique qui peu à peu a produit une certaine modification des tissus, les a rendus moins souples et aussi moins résistants ; de plus le pannicule graisseux de l'abdomen est très sensible aux manœuvres un tant soit peu violentes, la cellulite qui s'y développe si fréquemment sous l'influence de causes parfois bien petites,

nous fait pressentir son exquise sensibilité ; il ne faut pas que le massage devienne une arme offensive, il faudra donc savoir le doser pour ainsi dire. C'est là le seul point délicat du traitement.

Nous exposerons la technique de la malaxation et nous l'appliquerons à la panniculite abdominale. Les conseils que donnent M. Stapfer à ce sujet, nous sont d'une grande utilité, nous avons pu apprécier leur justesse dans les cas que nous avons eu occasion d'observer et de traiter avec M. le D^r Delassus.

MALAXATION. — Cette manœuvre ne comprend pas seulement la simple pression de la main sur la région que l'on veut traiter, mais aussi la pression sur une masse de tissus que l'on détache pour ainsi dire de ses connexions profondes.

Pour l'effectuer, les deux mains font un pli au pannicule, qu'ils saisissent entre la pulpe des doigts ; ils recherchent alors les points douloureux et œdématisés, malaxent doucement sans y mettre aucune violence et les étirent légèrement.

On malaxe ainsi un second, un troisième pli, là où l'on rencontre de la douleur et de l'œdème ; on doit malaxer les parties œdématisées jusqu'à ce qu'elles recouvrent leur souplesse normale. Ce massage lorsqu'il est bien effectué doit également abolir la douleur.

Nous avons eu occasion de remarquer avec M. le professeur Delassus, en traitant la panniculite, que cette manœuvre était rendue moins douloureuse, lorsque au lieu de faire à la peau un pli avec une seule main, on le fait avec les deux mains. On malaxe

ainsi la région malade à l'aide des éminences hypothénars et des derniers doigts de chaque main. Nous conseillerions d'avoir recours à ce procédé, au moins dans les premières séances de massage ; quitte à revenir au procédé classique lorsqu'il est devenu moins douloureux.

Si au lieu d'être diffuse, elle est localisée en une région limitée, si l'on rencontre des masses indurées douloureuses, on devra avant de les aborder, commencer par masser les régions périphériques, pour tâcher d'habituer les tissus à cette manœuvre ; il faut donc procéder avec une grande légèreté de main pour arriver à anesthésier les tissus.

La douleur sera dans ce traitement un renseignement précieux. Si la femme souffre trop, on saura modérer la pression, abréger la séance. Au début, le massage sera court, deux ou trois minutes, au plus ; le lendemain on se règle sur la susceptibilité des tissus, s'ils sont plus tolérants, on masse un peu plus longtemps, mais jamais il ne faut trop prolonger la séance ou déployer trop de vigueur.

Ce traitement sera pratiqué presque quotidiennement ; on devra l'interrompre de temps à autre pendant une journée, les tissus le supportent ainsi beaucoup mieux.

Après une séance de malaxation, la malade doit tout au plus ressentir une légère chaleur aux endroits traités, cette sensation doit disparaître dans la journée pour faire suite à un soulagement. On ne saurait trop employer de douceur, surtout dans les premières

fois. C'est là le secret du succès de la méthode. Cette recommandation, paraît exagérée, on craint toujours de ne pas agir assez énergiquement, et l'on se trompe, il suffit de pratiquer couramment ce traitement, pour s'en rendre compte, c'est ce qui explique les insuccès du début.

Un peu trop de press'ion de la main à un endroit particulièrement sensible, et chez certaines femmes on constate des ecchymoses : la femme se plaint davantage et accuse le traitement de ce méfait. Veut-on trop avancer en une séance ? on perd alors le bénéfice acquis les journées précédentes, car la malaxation trop brutalement pratiquée entretient la cellulite et l'accroît. Si l'on ne veut pas aller tout-à-fait à l'encontre du but que l'on se propose, il faudra s'évertuer à développer le moins de force possible dans la malaxation de la paroi abdominale et se rappeler que le succès réside pour une grande part dans la mesure avec laquelle on sait l'appliquer. Il faut s'armer de patience et de persévérance si l'on veut arriver à un résultat réellement satisfaisant.

Pour la forme profonde qui le plus souvent siège à la partie supérieure des muscles droits de l'abdomen, on a également recours à la malaxation mais son emploi ici est un peu différent à cause de la situation profonde des muscles et de la difficulté que l'on éprouve à les saisir entre les doigts pour les pétrir.

Il faut d'abord commencer par rechercher s'il existe en même temps de la panniculite superficielle

et la traiter avant d'aller plus avant. Lorsque celle-ci est guérie on entreprend le traitement des muscles.

On ne peut songer ici à les saisir dans un pli, comme on le fait facilement pour le pannicule adipeux.

La pression, même légère, exercée directement sur les masses musculaires, est douloureuse, sous son influence ceux-ci se contracturent et deviennent durs, on ne peut donc songer à les saisir en masse. Il faut tâcher d'enfoncer doucement les doigts en dehors d'eux en déprimant le pannicule, pour les glisser peu à peu sous les muscles droits que l'on aborde ainsi par leur bord externe qui est le moins douloureux. On arrive ainsi à pouvoir les pétrir à l'aide des quatre doigts et du pouce qui reste situé au dessus, complètement libre et exerce de douces frictions. La malaxation est ici particulièrement douloureuse, beaucoup plus que dans la variété superficielle. Il faut donc agir doucement, pour les habituer à subir le contact des doigts et diminuer leur contracture. Les muscles s'assouplissent graduellement et deviennent moins douloureux par le massage.

C'est une affaire de temps et de légèreté de main.

Ce traitement demande à être suivi pendant un certain temps. On vient facilement à bout des cas légers, en l'espace de quelques jours ; dans les cas invétérés et bien accusés, il est nécessaire de le pratiquer pendant plusieurs semaines. Pour le cesser, on se guidera surtout sur la disparition de la douleur.

L'expérience a démontré qu'il vaut mieux ne pas

s'acharner à vouloir faire disparaître complètement l'œdème.

Lorsque la femme ne souffre plus, ni spontanément ni en faisant un pli épais au pannicule, mieux vaut cesser le massage un certain temps, quitte à le reprendre, si la douleur tient à récidiver.

En règle générale, lorsqu'au bout de six semaines d'un traitement régulièrement pratiqué, on ne constate pas d'amélioration notable, mieux vaut l'abandonner ; mais ces cas sont l'infime exception.

Laissée à elle-même, méconnue ou mal soignée, la panniculite peut surtout au moment des règles subir des poussées aiguës qui tendent à l'aggraver. Elle n'a pas de tendance à guérir spontanément. Plus l'affection est ancienne, plus aussi elle est rebelle au traitement : le gynécologue devra donc s'appliquer à la dépister le plus près possible du moment où elle fait son apparition ; elle disparaît alors très facilement sous l'influence du massage et à beaucoup moins de tendance à se reproduire.

Le complément rationnel et indispensable de son traitement est celui des affections utérines ou annexielles dont les femmes souffrent souvent en même temps. Nous avons vu qu'il existe une relation fréquente entre ces diverses affections. Si l'on admet qu'elles jouent un certain rôle dans l'apparition des cellulites, ainsi qu'il est permis de le présumer, ce sera une raison de plus pour s'appliquer à les bien traiter. Il est excessivement facile de mener de fronts ces deux choses.

Ce traitement a l'avantage d'être fort simple, par là même il est essentiellement pratique et à la portée de tous les praticiens ; il ne demande aucun instrument, aucune préparation, il peut se faire partout et ne prend guère plus de temps qu'un examen gynécologique complet.

Il est de plus complètement inoffensif, n'a pas de contre indications et ainsi que le montrent les observations que nous publions, il est souvent récompensé par un entier succès.

En supprimant la douleur et la contraction réflexe des muscles, qui en dépend, il rend plus souple la paroi abdominale et en cela facilite beaucoup sa palpation dans les examens gynécologiques.



Observations

OBSERVATION VII (Ob. XVI, D^r Romano)

R... souffre depuis un an. En décembre 1891 perte avec caillots, durée 19 jours. Depuis, douleurs continuelles surtout au moment des règles très abondantes. Le 23 novembre, à l'hôpital Dubois, curetage. On lui propose de lui enlever la trompe gauche, c'est une toute jeune femme.

Examen le 24 février 1893. Œdèmes sous-cutanés péri-ombilicaux, extrêmement douloureux (cellulite des Suédois). Utérus indélimitable à cause des douleurs. Empâtement au niveau du ligament large gauche; rectum atrocement douloureux. Au moment des règles, souffrances violentes débutant à gauche, puis passant dans les reins. Elle pâlit, verdit, déclare que c'est horrible: « que des chiens lui dévorent les reins », et souffre à se jeter par la fenêtre. La première de ces crises est survenue le 12 janvier. Elle a été curetée le 29 décembre et n'aurait jamais eu pareille douleur avant l'opération.

Elle est alitée, amaigrie. Traitement excessivement difficile à conduire à cause de l'hypéresthésie du ventre et du pelvis. Il consiste dans la malaxation de la paroi, très douce pour commencer (que de patience il a fallu !) les frictions

circulaires, l'effleurage rectal et la gymnastique décongestionnante. Au début du traitement elle était sujette pendant la séance aux attaques d'hystérie.

Dès qu'elle est sortie de l'hôpital (27 avril) les résultats sont plus rapides. Le 17 mai elle reprend son travail peu favorable à son cas par l'immobilisation à laquelle il l'obligeait : sept à huit heures de couture dans la position assise.

Elle monte chaque jour une fois quatre étages, une autre fois six étages. Cependant l'amélioration, comme nous venons de le dire, marche plus vite après la sortie de l'hôpital. Elle vient régulièrement, puis irrégulièrement au traitement. Elle le quitte en juillet.

Les œdèmes douloureux sous-cutanés abdominaux ne se montrent qu'à intervalles lointains ; les trompes sont diminuées. Au mois d'août ou de septembre une grossesse survient. La malade a été revue le 16 avril, approchant du terme. Son état général est prospère au point qu'il faut qu'elle se nomme pour qu'on la reconnaisse.

OBSERVATION VIII (XXX, D^r Romano)

F... souffre du ventre depuis nombre d'années.

Les douleurs ont beaucoup augmenté après un accouchement qui date d'avril 1894.

Les douleurs présentent des exacerbations régulières et la moindre fatigue les exagère. Cette malade est envoyée à la clinique par le D^r L. B. . . qui a fait essayer le massage, mais il n'a pas été supporté, tel qu'il était pratiqué.

Examen le 14 avril 1894. Etat général. Très mauvais.

Facies gynécologique le plus accentué, marche difficile, inappétence, insomnie, dyspepsie.

Etat local : ventre excessivement douloureux. La malade se contracte involontairement et chasse la main qui essaye de palper.

Utérus petit, antéfléchi ou plutôt recroquevillé. Paramétrisme intense, rectum atrocement douloureux, contraction des sphincters.

(Edèmes douloureux, sous-cutané abdominal et intrapelvien, annexite probable, mais il est impossible de faire la topographie des trompes et des ovaires. Règles prolongées, parfois subintrantes, décolorées.

Traitement. — Malaxation de la paroi abdominale. Massage péri-ombilical et péri-utérin, quelques mouvements gymnastiques très doux, la malade n'ayant aucune force.

Le 10 décembre 1894. — Amélioration locale légère, amélioration générale beaucoup plus marquée.

Le traitement est poursuivi jusqu'à la fin de juin 1895.

La malade présente à ce moment une amélioration locale non douteuse, consistant dans la disparition sans retour depuis plusieurs mois des œdèmes douloureux sous-cutanés, dans la diminution des œdèmes intra-pelviens, dans l'assouplissement du paramètre, dans l'insensibilisation de la portion inférieure du rectum, mais cette amélioration locale n'est pas à comparer avec l'amélioration de l'état général qui, comme nous l'avons dit, date du premier mois du traitement, alors qu'on était réduit à de légers effleurages et à de courtes vibrations.

Elle a repris ses occupations depuis longtemps. Elle mange et dort. Le facies est transformé. La marche est aisée, mais dès que cette femme commet des imprudences, les règles que ce long traitement a diminuées ont coloré,

ont espacé, tendent à reparaitre prématurément et à se prolonger.

OBSERVATION IX (I du Dr Stapfer)

D... entre à la clinique Baudelocque le 8 février et m'est confiée pour être traitée par la kinésithérapie. Le diagnostic posé est : rétroversion utérine.

Premier examen : 8 février. — Interrogatoire. Cette femme souffre depuis son accouchement, qui remonte au 22 décembre ; 10 jours après, elle sortait de la clinique. Depuis lors, jusqu'au 28 octobre, elle a perdu continuellement du sang, et presque continuellement jusqu'au 8 février. Elle se plaint de la totalité du ventre.

Palper. — Peau du ventre dépressible et souple, mais tellement douloureuse que l'exploration arrache des larmes quand on saisit un pli, même d'une main légère ; le diagnostic cellulite sous-cutanée abdominale ; s'imposerait à moi si la peau était privée d'élasticité et si je découvrais des grains durs ou des noyaux d'œdème pâteux dans le tissu cellulaire mais la peau est souple et je n'ai pas trouvé d'œdème.

Toucher vaginal. — L'utérus est rétroversé et s'incline à droite. Vive douleur de la face postérieure et surtout du fond qui paraît gonflé, surtout à droite. Cette tumeur appartient-elles aux annexes ? Un effleurage délicat, seul possible à cause de la douleur, ne permet pas de trancher la question Toucher vaginal et palper combinés. La souffrance interdit l'exploration bimanuelle.

Toucher rectal. — Les sphincters sont insensibles, mais

les parois pelviennes sont atrocement douloureuses. Cellulite interne analogue à la cellulite abdominale.

Traitement.—Il visera surtout l'apaisement des souffrances et la diminution des pertes ; la réduction de l'utérus dès qu'elle sera possible sans violence ni douleur et la cure des lésions annexielles ou elles existent. Il consistera dans le massage et la gymnastique. Chaque séance débutera et se terminera par des mouvements dérivatifs.

Entre eux le massage qui se composera 1° de la malaxation des parois faite avec les deux mains, tenant entre le pouce et les quatre doigts, des plis faits successivement aux diverses régions de la peau ; 2° des frictions circulaires péri-utérine (massage bi-manuel ; 3° de la réduction de l'utérus quand elle sera possible sans violence ; 4° de l'effleurage rectal. Le massage sera court et léger surtout au début. Les mouvements gymnastiques dérivatifs institués consisteront surtout dans la mise en jeu des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux.

9 et 24 février. — Un seul phénomène intéressant. Je découvre un gros lobe pâteux très douloureux péri-ombilical. La réduction de l'utérus et le diagnostic topographique des annexes sont interdits par la souffrance. La malade ne perd ni en blanc ni en rouge.

Le 24. — La peau du ventre est un peu moins sensible. Le gros lobe péri-ombilical est très net. Le fond de l'utérus moins sensible également. La douleur des parois pelviennes est très marquée à gauche, mais pour la première fois, l'effleurage la calme.

Le 25. — L'utérus se laisse poser sur la ligne médiane sans force. Un volumineux œdème péri-salpingien droit se révèle.

Les douleurs des parois pelviennes ont presque disparu.

Le 27. — Premier jour des règles.

I. — Parois abdominales, douloureuses, mais les noyaux d'œdème sont au voisinage des flancs. Les parois pelviennes sont peu sensibles. Utérus rétroversé à droite et fixe.

Le 28: II. — A' perdu beaucoup de sang. Les parois abdominales sont sensibles, les parois pelviennes sont tout à fait insensibles. Massages très courts, très légers. La malade commence à bien exécuter les mouvements gymnastiques.

1^{er} Mars : III. -- Même état.

Le 2: IV. — Perte très diminuée. La cellulite abdominale se révèle maintenant sous forme de grains analogues aux grains de gruau ou de riz, isolés ou agglomérés. Ils occupent la région iliaque près des flancs, les grains sont douloureux.

Le 3: V. — Sang presque arrêté. Ventre moins douloureux pendant le massage. Effleurage rectal insensible. Je me crois autorisé à pétrir directement les granulations et à augmenter un peu la force.

Le 4: VI. — La malade a souffert hier. La malaxation légère et générale de la paroi abdominale est peu douloureuse, mais le pétrissage individuel des granulations arrache des larmes.

Le 6: VIII. — Sang arrêté, parois abdominales douloureuses.

Le 8: X. — Petites ecchymoses sur la paroi abdominale, à droite et à gauche, surtout à gauche. Sous ces ecchymoses, dans le tissu cellulaire, nombreuses granulations dures, très douloureuses. Certainement j'ai eu tort d'augmenter la force et peut-être de ne pas malaxer soigneusement la périphérie avant d'attaquer le centre des

masses granuleuses. Cependant je n'ai pas la main lourde. Parois pelviennes insensibles.

Le 9 : XI. — Elle a souffert à gauche.

Le 10 : XII. — A perdu un peu de sang. Parois abdominales très sensibles au niveau des ecchymoses. Les granulations semblent augmentées. Je malaxe très légèrement cette cellulite que j'ai créée ou que j'ai avivée.

Le 11 : XIII. — Hier un peu de sang jusqu'au soir.

Le 13 : XV. — Hier eau rousse. Perte graduelle et non brusque. Massage moins douloureux; je pourrais dire indolore, cependant je persiste à mener analgésiquement. Si j'agissais autrement, je reveillerais les douleurs et ranimerais ou augmenterais les pertes.

Le 15 : XVII. — Hier crise très douloureuse.

Le 16 : XVIII. — Massage abdominal lent ou point douloureux. Grains de riz très nets, sous l'ecchymose gauche et autour d'elle. J'essaie doucement de réduire l'utérus, j'y renonce vite.

Le 17 : XIX. — Je crois que nous entrons dans la bonne voie. Parois abdominales indolores. Les parois pelviennes le sont depuis nombre de jours. Utérus immobile, fixé au début du massage. Pseudo-fixation par contracture que font disparaître de légères vibrations sur les ligaments larges. (La malade continuant le traitement, le Dr Stapfer arrive à réduire l'utérus.)

Le 17 avril : XI. — Les grains de cellulite abdominale insensibles depuis trois semaines à un mois commencent à s'effacer.

Le 27 avril. — La malade cesse de suivre le traitement.

OBSERVATION X (II^e de M. le docteur Stapfer).

G... arrive à la Clinique Baudelocque au commencement d'octobre 1892. Elle arrive en brancard. Elle ne marche pas depuis 27 mois. Quant il faut faire absolument quelques pas, elle porte un énorme pessaire en forme de membre viril. C'est sans doute à cause de ce pessaire que l'externe me la présente comme atteinte de prolapsus.

Examen le 18 octobre. — Interrogatoire : 3 accouchements. La 3^e grossesse a commencé il y a 27 mois. Depuis, elle est sans cesse alitée. Le Dr Siredey l'a soignée il y a 7 ans pour de la paromérite et une douleur du flanc droit prise d'abord pour une tumeur, (sans doute parce que G... contractait ses muscles), puis pour une névralgie. Elle a toujours plus ou moins souffert jusqu'à sa dernière grossesse qui l'a mise sur le flanc. Elle ne peut s'asseoir.

Sensation de poids. Pertes blanches et rouges abondantes.

Vue. — Femme profondément anémiée. Misère.

Palper. — Les pressions sont douloureuses ; je fais des plis à la peau et je trouve dans le flanc droit et l'hypochondre des masses pâteuses, deux ou trois lobes étagés de la grosseur d'une noix. Quand on les saisit doucement, G... jette un cri. Quand on presse modérément, G... pâlit, sa tête s'affaisse sur l'oreiller, elle semble menacée de syncope.

Toucher vaginal. — Pas trop douloureux à condition d'explorer seulement le vagin, le col et une partie du corps. Gros corps mou. Gros col fléchi sur le corps à angle aigu. L'isthme est tiré en arrière. L'orifice regarde en avant. Vaste déchirure. Les deux lèvres séparées à gauche. Vulve

béante, vagin large. Le pessaire a perfectionné ce que les traumatismes des accouchements avaient commencé. Pas de rectocèle ni de cystocèle. L'utérus s'abaisse peu, même quand G... pousse.

Exploration bimanuelle. — Interdite par la douleur, on sent vaguement l'utérus, très gros, très mou.

Toucher rectal. — Atrocement douloureux. Première douleur au passage de l'anus ; deuxième au niveau des parois.

Diagnostic. — Métrite chronique. Cellulite douloureuse sous-cutanée abdominale ; cellulite pelvienne. Vieille lésion annexielle probable.

Traitement. — Il visera la disparition des douleurs, la diminution du sang, la réduction de volume de l'utérus et ce qui indiquera une exploration topographique exacte quand il m'aura mis à même de faire cette exploration. Il consistera dans le massage et la gymnastique dérivative.

Le 22 octobre. — Massage analgésique. Malaxation légère de la paroi au niveau des œdèmes. Frictions circulaires très superficielles autour de l'utérus que le doigt vaginal soulève à peine. Effleurage rectal de quelques secondes.

Le 24. — Amélioration. Effleurage rectal moins pénible, l'utérus flotte. Elle s'assied dans son lit 3 ou 4 minutes.

Le 25. — Effleurage rectal plus douloureux. Souffrance intolérable dans la cloison recto-vaginale et au passage du sphincter. Fuseaux d'œdème. Cordes à violon tendues sur les parois.

Le 28. — Elle s'assied dans son lit comme elle n'avait pu le faire depuis des mois. La cellulite sous-cutanée abdominale est toujours atrocement douloureuse. Elle arrache des cris au massage. L'œdème a une étendue de 8 cent. environ. Les 3 lobes se touchent. Il s'étend de la région péri-

ombilicale aux cartilages costaux droits. Deux points sont particulièrement douloureux. Je les attaque en dernier.

Le 31. — Le massage de la cellulite pelvienne et abdominale est interrompu par une crise singulière. G... pâlit et s'affaisse. Cœur et pouls réguliers.

Sommeil profond. Durée un quart d'heure.

1^{er} novembre. — Peu de douleurs à l'effleurage. L'œdème abdominal remonte, il devient thoracique. Points très douloureux sous les cartilages costaux droits. Col et corps de l'utérus diminués.

Le 3. — L'œdème sous cutané file sous le sternum. Un point très douloureux sous les cartilages costaux inférieurs droits.

Le 4. -- G... demande à se lever. Défense de porter le pessaire.

Le 5. — S'est levé pendant une demi heure. Un seul point douloureux de cellulite sous-cutanée, près du sternum. plus haut que les jours passés. L'utérus diminue de moitié corps et col, ce dernier de consistance dure.

Le 7. — S'est levée pendant une heure et demie, hier dimanche. Un point de cellulite sous cutanée sous le sein droit près de la ligne médiane. Pas de cellulite pelvienne du moins dans les parties que j'atteins et traite pour le moment. Plus de fuseaux d'œdème, plus de cordes à violon.

Le 8. — Un seul point de cellulite sous-cutanée, il touche à la mamelle.

Le 9. — Règles depuis le matin. J'arrête ici cette observation. La femme est encore en traitement. Elle avait comme je le craignais une très ancienne lésion des annexes, une salpingite droite, vieille épine dont je ne la débarrasserai peut être pas. Actuellement la trompe n'est pas toujours perceptible. Elle est prolabée et fixée en arrière, de la gros-

seur d'un macaroni. Quand elle s'œdématie, elle réveille alors la cellulite, mais seulement autour des ligaments de Douglas, au voisinage desquels elle est fixée.

Sortie de la clinique le 20 décembre, G... est venue, soit chez moi, soit à la clinique à peu près tous les jours. La durée de la course faite, en partie en tramway, en partie à pied est de une heure et demie environ. On se rappelle que G... est arrivée en brancard à l'hôpital et qu'elle était alitée depuis vingt-sept mois.

Aujourd'hui, elle monte sans se faire porter, ses cinq étages; mais l'état général de cette malade, laisse beaucoup à désirer et la misère dans laquelle elle vit suffirait à s'opposer au rétablissement complet. La cellulite sous-cutanée abdominale, cette affection qui avait été prise à un certain moment pour une tumeur par M. Siredey; qui avait résisté à quantité de traitements à disparu depuis 8 mois. La débarrasserai-je également de sa cellulite pelvienne? J'en doute pour les raisons que j'ai indiquées. J'insiste à ce propos sur les difficultés que l'on éprouve à saisir la trompe, à la masser directement et à atteindre les vestiges de la cellulite dans les profondeurs sacrées.

OBSERVATION XI (Obs. I du P^r Salin, publiée par
le D^r Josephson).

La malade âgée de 36 ans me consulta pour la première fois le 26 octobre 1880. Elle éprouvait depuis 4 ans de violentes douleurs de ventre. Très fréquentes, les crises douloureuses duraient de un à quinze jours. Prises pour une inflammation péritonéale, elles furent traitées par l'immo-

bilité et la morphine. Les mouvements augmentaient la douleur, ce qui rendait la malade quasiment invalide, très nerveuse et altérait la nutrition. En l'explorant on ne trouvait rien d'anormal sinon une paroi abdominale dure et très sensible. On pratiqua le massage, d'abord douloureux. On le continua pendant deux mois et la malade se rétablit promptement. Plus tard elle eut une récurrence légère dont le massage triompha aisément.

OBSERVATION XII (IV, publiée par le Dr Josephson)

La malade, âgée de 26 ans, mariée, avait eu une endométrite que j'avais soignée depuis le commencement de 1890, jusqu'au 13 mai, époque du rétablissement. A cette époque, pas de traces de cellulite. Le 8 septembre, elle revenait, se plaignant de souffrir du ventre à droite. Cette douleur, apparue 3 mois auparavant à la suite de refroidissement, persistait depuis cette époque. Je constatai une cellulite légère à droite du ventre. Après l'avoir massée, je la priai de venir à ma clinique quelques jours plus tard, dans l'intention de la montrer à un gynécologue allemand. Elle vint, mais la cellulite n'existait plus et comme je cherchais la cause de cette disparition, la malade raconta qu'elle s'était massée elle-même deux fois par jour, parce que mon unique massage l'avait soulagée. Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Ce n'est pas la première fois que je vois la cellulite de date récente disparaître après quelques séances de massage ; mais les cas invétérés exigent un traitement très long.

Conclusions

I. — La panniculite est caractérisée par un œdème douloureux du tissu cellulaire sous-cutané. Sa localisation fréquente à la paroi abdominale la rend intéressante en gynécologie.

II. — Les affections utérines ou annexielles paraissent avoir une influence sur sa fréquence et sa localisation.

III. — Elle reconnaît comme cause probable, un trouble réflexe de l'innervation, occasionnant la douleur et aussi l'œdème par un trouble vaso-moteur.

IV. — Sa recherche est facile ; elle permet d'éviter des erreurs de diagnostic.

V. — Ce n'est pas une maladie grave ; mais elle tend à persister et à subir des poussées aiguës qui l'accroissent ; elle peut donner lieu à des douleurs assez fortes pour empêcher dans les cas marqués, toute vie active.

VI. — Le traitement n'offre aucun danger pour la malade, est à la portée de tous les praticiens : il consiste en la malaxation des points malades. La maladie disparaît le plus souvent, sous son influence,

ou du moins s'atténue considérablement. En faisant disparaître la panniculite, il rend plus facile l'exploration de l'abdomen et complète, d'une façon heureuse, le traitement des affections abdominales chez la femme.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

ARAN. — Maladies de l'utérus. Paris, 1855.

AXENFELD. — Des névralgies lombo-abdominales considérées comme symptomatiques des maladies de l'utérus. (Union Médicale, 1830.)

BEAU. — Notes sur les dermalgies. (Archives générales de Médecine. 3^e Série 1841. T. XII, 1848. T. XVI.)

BERGHMAN ET HELLEDAY. — Revue d'hygiène thérapeutique (Mars 1891.)

BRIQUET. — Traité thérapeutique et clinique de l'Hystérie (Paris 1859.)

DAVAINE. — De l'œdème rhumatismal. (Th. Paris 1879.)

DELASSUS. — La gynécologie du praticien, cours professé à la Faculté libre de médecine de Lille, 1897-1898.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

EULEUBERG. — La gymnastique Suédoise.

FRORIEP. — Die rheumatische Schewiele ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Rheumatismus (Weimar 1843.)

FÉRÉOL. — Compte rendu de la 7^e session de l'association française pour l'avancement des sciences (Paris 1879.)

HALLOPEAU. — Traité de Pathologie générale.

JACCOUD. — Traité de Pathologie interne, 1871.
Leçons cliniques.

JENTZER ET BOURCART. — Massage gynécologique (Paris et Genève.)

JOSEPHSON. — Om den manuela behanlindjen, af gynäkologiska lidanden. (Stockholm. 1891.)

LAISNÉ. — Du massage, des frictions et manipulations appliqués à la guérison de quelques maladies. (Th. Paris 1868.)

LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Traité de gynécologie.

LEBLOND. — Sur quelques maladies traitées par le massage gynécologique. (Clinique française. Août 1892.)

LEUSSIÉ. — Les Névralgies rhumatismales (Th. Paris 1868.)

MAGGIORA. — L'action du massage. (Revue scientifique 30 Avril 1892.)

MEYNET. — Lyon médical. (Dic. 1875.)

NORSTROEM. — La clinique française (Janvier 1893.)

PECHINALDJI. — Des névralgies congestives. (Th. Paris 1868.)

RENAUT. — Thèse Paris 1874.

RICHEL. — Traité d'anatomie.

ROMANO. — Effets dynamogéniques du massage abdominal. (Th. Paris 1895.)

— Conclusions communiquées au congrès de Bordeaux 1895.

SAPPEY. — Traité d'anatomie.

H. SCHLESINGER. — Munchen, méd. Wuchemchr. (1899 n° 35. 1137.)

SPIESS. — Gymnastique Allemande. (Bâle 1840-46.)

STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique, 1896, Paris.

— Annales de Gynécologie. (Juillet Août 1873.)

— Communiquations au congrès de Rome (1894.

THURE BRANDT. — Traitement des maladies des femmes (Berlin 1893.)

TILLAUX. — Anatomie topographique.

TROIZIER ET BROCCQ. — Revue médicale. (1881.)

VALLEIX. — Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. (Paris 1841.)

WARDE. — De l'œdème hystérique. (Th. Paris 1897.)

VIDERSTROÏN. — Om mygiter och celluliter i bachen botten. (Hygiœa 1891. sid 166.)



Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Anatomie du pannicule.....	15
Anatomie pathologique.....	22
CHAPITRE III. — Symptomatologie et diagnostic.....	29
1° Forme abdominale superficielle.....	36
2° Forme abdominale profonde	49
3° Panniculite de la région fessière, des bras, de la tête.....	53
CHAPITRE IV. — Etiologie.....	56
Pronostic	67
CHAPITRE V. — Traitement.....	69
Effets du massage en général.....	70
Technique de la malaxation de la paroi abdominale.....	73
OBSERVATIONS (suite).....	79
CONCLUSIONS.....	91
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	93

